



Российское научное медицинское общество терапевтов
Министерство здравоохранения РФ
Комитет по социальной политике Совета Федерации
Общество врачей России
Международное общество внутренней медицины (ISIM)
Европейская федерация внутренней медицины (EFIM)
Министерство здравоохранения Ставропольского края
Ставропольский государственный медицинский университет
Ставропольское краевое научное медицинское общество терапевтов
Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи

135 лет со дня рождения В.Ф. Зеленина

Съезд терапевтов Северо-Кавказского федерального округа

- программа
- каталог выставки
- сборник тезисов

Генеральный спонсор



19-20 мая 2016 года
Ставрополь

Ставропольский государственный медицинский университет
ул. Мира, д. 310

Генеральные информационные партнеры



РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ
ТЕРАПИЯ
THERAPY



МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
ФАРМАТЕКА



МЕДИЦИНСКИЙ
ВЕСТНИК





135 лет со дня рождения В.Ф. Зеленина

XI Национальный конгресс терапевтов

23–25 ноября 2016 года

Москва  КРОКУС ЭКСПО


ст. метро Мякинино, 65 км МКАД

Зарегистрироваться на сайте www.congress2016.rnmot.ru

Оргкомитет:

117420, Москва, а/я 1
телефон: +7 (495) 518-26-70
электронная почта: mail@interforum.pro
www.rnmot.ru

Конгресс-оператор:

 ООО «КСТ Интерфорум»
Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон: +7 (495) 722-64-20
электронная почта: mail@interforum.pro
www.rnmot.ru

Содержание

Организаторы и оргкомитет	3
Обращение к участникам.....	6
Страницы истории	8
Программа	9
Каталог выставки	18
Сборник тезисов	41

Генеральный спонсор



Официальные спонсоры



Спонсор регистрации



НИАРМЕДИК

Конгресс-оператор



ООО «КСТ Интерфорум»

Москва, ул. Профсоюзная, д. 57

телефон: +7 (495) 722-64-20

электронная почта: mail@interforum.pro

www.rnmot.ru

Организаторы

Российское научное медицинское общество терапевтов
Министерство здравоохранения РФ
Комитет по социальной политике Совета Федерации
Общество врачей России
Международное общество внутренней медицины (ISIM)
Европейская федерация внутренней медицины (EFIM)
Министерство здравоохранения Ставропольского края
Ставропольский государственный медицинский университет
Ставропольское краевое научное медицинское общество терапевтов
Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи

Оргкомитет

Сопредседатели оргкомитета

Мартынов Анатолий Иванович – президент Российского научного медицинского общества терапевтов, академик РАН, врач высшей категории по специальностям терапия и кардиология, академик Международной академии информационных процессов и технологий, заслуженный деятель науки Российской Федерации, заслуженный врач РСФСР, лауреат премии Совета Министров СССР, д.м.н., профессор

Спасский Андрей Александрович – генеральный секретарь Российского научного медицинского общества терапевтов, врач высшей квалификационной категории, профессор кафедры клинической фармакологии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, лауреат премии Мэрии Москвы, д.м.н.

Мажаров Виктор Николаевич – министр здравоохранения Ставропольского края, к.м.н.

Кошель Владимир Иванович – ректор Ставропольского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

Агранович Надежда Владимировна – заведующая кафедрой поликлинической терапии Ставропольского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

Арутюнов Григорий Павлович – вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов, заведующий кафедрой внутренних болезней и общей физиотерапии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор

Басиева Ольга Олеговна – председатель научного медицинского общества терапевтов Республики Северная Осетия-Алания, д.м.н., профессор

Батурин Владимир Александрович – заведующий кафедрой клинической фармакологии, аллергологии и иммунологии с курсом ПДО Ставропольского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

Белоусов Юрий Борисович – почетный президент Российского научного медицинского общества терапевтов, член-корр. РАМН, д.м.н., профессор

Боева Ольга Игоревна – профессор кафедры клинической физиологии, кардиологии с курсом интроскопии Ставропольского государственного медицинского университета, секретарь краевого научного медицинского общества терапевтов, д.м.н.

Бойцов Сергей Анатольевич – директор Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины, главный терапевт Центрального федерального округа, д.м.н., профессор

Верткин Аркадий Львович – заведующий кафедрой клинической фармакологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, д.м.н., профессор

Гордеев Иван Геннадьевич – заведующий кафедрой госпитальной терапии №1 лечебного факультета РНИМУ им. Пирогова, д.м.н., профессор

Дидигова Роза Тагировна – председатель научного медицинского общества терапевтов Республики Ингушетия, д.м.н., профессор

Евсевьева Мария Евгеньевна – заведующая кафедрой факультетской терапии Ставропольского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

Елисеева Людмила Николаевна – заведующая кафедрой факультетской терапии Кубанского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

Ефименко Наталья Викторовна – директор Пятигорского государственного научно-исследовательского института курортологии ФМБА России, д.м.н., профессор

Кокорин Валентин Александрович – ученый секретарь Российского научного медицинского общества терапевтов, доцент кафедры госпитальной терапии №1 лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, к.м.н.

Корой Павел Владимирович – профессор кафедры госпитальной терапии Ставропольского государственного медицинского университета, д.м.н.

Крыжановская Наталья Викторовна – председатель филиала Ставропольского краевого научного медицинского общества терапевтов на Кавказских Минеральных Водах

Лечиев Узер Кориевич – председатель научного медицинского общества терапевтов Чеченской Республики

Маммаев Сулейман Нуратдинович – председатель научного медицинского общества терапевтов Республики Дагестан, д.м.н., профессор

Мекерова Фатима Борисовна – председатель научного медицинского общества терапевтов Карачаево-Черкесской Республики

Моисеев Валентин Сергеевич – заведующий кафедрой факультетской терапии Российского университета дружбы народов, академик РАН, д.м.н., профессор

Мухин Николай Алексеевич – вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов, директор клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней имени Е.М. Тареева, заведующий кафедрой терапии и профессиональных болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, заслуженный деятель науки РФ, академик РАН и РАМН, д.м.н., профессор

Павленко Владимир Васильевич – заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Ставропольского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

Рубанова Наталья Андреевна – главный терапевт Министерства здравоохранения Ставропольского края

Сохач Александр Яковлевич – директор института последипломного и дополнительного образования Ставропольского государственного медицинского университета, к.м.н., доцент

Телюев Константин Иналович – заведующий кафедрой госпитальной терапии №2 лечебного факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова, д.м.н., профессор

Терентьев Владимир Петрович – вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов, главный терапевт Южного федерального округа, заведующий кафедрой внутренних болезней с основами физиотерапии №1 РостГМУ, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор

Умарова Зура Асхабовна – главный терапевт Министерства здравоохранения Чеченской Республики

Уметов Мурат Анатольевич – заведующий кафедрой факультетской терапии КБГУ, главный внештатный специалист клинический фармаколог МЗ КБР, председатель правления РОО «Кабардино-Балкарское научное медицинское общество терапевтов» и РОО «Врачебная палата КБР», д.м.н.

Францева Виктория Олеговна – проректор по послевузовскому, дополнительному образованию и лечебной работе Ставропольского государственного медицинского университета, д.м.н., доцент

Чесникова Анна Ивановна – председатель Ростовского областного научно-медицинского общества терапевтов, профессор кафедры внутренних болезней с основами общей физиотерапии №1 РостГМУ, д.м.н., профессор

Щетинин Евгений Вячеславович – проректор по научной и инновационной работе Ставропольского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

Ягода Александр Валентинович – полномочный представитель Российского научного медицинского общества терапевтов в Северо-Кавказском федеральном округе, заведующий кафедрой госпитальной терапии Ставропольского государственного медицинского университета, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор



Уважаемые коллеги!

**Приглашаем Вас вступить в ряды Российского научного
медицинского общества терапевтов.**

**Членство в RNMOT – это широкие возможности
для постоянного профессионального роста.**

Член RNMOT получает следующие преимущества:

- Получает значок Общества и членскую карточку с персональным кодом.
- Получает возможность моментальной идентификации участия (при помощи членской карточки с персональным кодом) в научно-практических мероприятиях RNMOT, включая конгрессы, съезды, конференции, школы и мастер-классы по программе непрерывного медицинского образования, и накапливать Кредиты, которые будут учитываться при аттестации на категорию и сертификации специалиста.
- Бесплатно (через региональное отделение Общества) получает печатную продукцию RNMOT (журнал Общества, методические рекомендации, избранные лекции и др.).
- Имеет преимущества в размещении статей в журнале Общества (после прохождения рецензирования).
- Имеет преимущества в размещении тезисов и постерных сообщений на научно-практических мероприятиях RNMOT.
- Имеет преимущества при включении докладов в программу научно-практических мероприятий RNMOT (после одобрения научным Оргкомитетом).
- Имеет скидку 50% при оплате регистрационных взносов участника ежегодного Национального конгресса терапевтов в Москве.
- Получает полный доступ к материалам научно-практических мероприятий, организуемых RNMOT, включая слайды презентаций.
- Автоматически становится членом Всемирного и Европейского обществ терапевтов.

УЗНАЙТЕ ПОДРОБНОСТИ НА WWW.RNMOT.RU

Уважаемые коллеги!



Российское научное медицинское общество терапевтов (РНМОТ) было создано более 100 лет назад с целью объединить усилия ведущих отечественных специалистов в области внутренних болезней. Со дня основания Общество считает главной своей задачей непрерывное повышение профессионального уровня врачей-терапевтов нашей страны. Задача эта, согласитесь, непростая. Внутренние болезни – это огромное, почти безграничное, информационное поле. Быть в курсе всего важного и нового практикующему врачу очень сложно, и мы стремимся ему в этом помочь, проводя множество разномасштабных научно-практических форумов в разных регионах России.

Основным форумом традиционно является осенний Национальный конгресс в Москве. Здесь мы подводим итоги года, а в программу выносим все самое важное и интересное. Но далеко не у всех есть возможность на несколько дней уехать в Москву, поэтому Общество проводит свои мероприятия по всей территории России.

Каждый год Общество старается приурочить свои мероприятия к юбилею одного из наших учителей. 2016 год – для нас год памяти Владимира Филипповича Зеленина. На протяжении всего года мы уделим особое внимание кардиологии, физиологии, патологии и клиники сердечно-сосудистой системы, занимавшей особое место в круге научных интересов Владимира Филипповича.

Одним из мероприятий 2016 года станет III Съезд терапевтов Северо-Кавказского федерального округа РНМОТ в Ставрополе. Мы приложим максимум усилий для того, чтобы сделать его программу интересной, а главное, полезной для всех профессионалов в области внутренних болезней. Мы запланировали доклады по самому широкому спектру вопросов, с которыми вы сталкиваетесь в своей клинической практике. Список докладчиков будет включать терапевтов Москвы и крупнейших городов Северо-Кавказского федерального округа Российской Федерации.

С нетерпением жду встречи на Съезде!

**Президент РНМОТ,
академик РАН, д.м.н., профессор
А.И. Мартынов**

Глубокоуважаемые коллеги!

Стало доброй традицией проведение на Ставрополье ежегодного съезда терапевтов, консолидирующего усилия, знания, опыт ученых, клиницистов, организаторов здравоохранения нашего региона. В числе организаторов этого масштабного и представительного мероприятия – Министерство здравоохранения Российской Федерации, Российское научное медицинское общество терапевтов и его региональное отделение в Ставропольском крае, Ставропольский государственный медицинский университет и Министерство здравоохранения Ставропольского края.

Не случайно съезд проводится в Ставрополе, где сложилась и успешно развивается научная школа терапевтов под руководством Заслуженного врача России, доктора медицинских наук, профессора А.В.Ягода. Подобные мероприятия являются своего рода вехами, отмечающими итоги пройденного пути, достижения и успехи коллектива ведущих в своей области ученых-клиницистов.

Трудно переоценить и практическое значение съезда для всего врачебного сообщества Северного Кавказа. Обсуждение широкого спектра научных вопросов, многие из которых будут затронуты впервые, несомненно, будет способствовать повышению профессионального уровня врачей-терапевтов Ставрополья, РСО-Алании, Дагестана, Карачаево-Черкесии, Кабардино-Балкарии, Чеченской Республики, Республики Ингушетия, поможет им быть в курсе всего нового и важного, что происходит в современной терапии – трудной и очень ёмкой области медицинского знания.

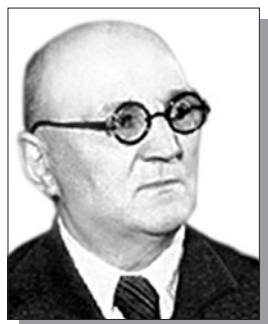
Искренне желаем всем участникам и гостям III съезда терапевтов Северо-Кавказского федерального округа эффективной работы и продуктивного обмена опытом, новыми научными достижениями и идеями на благо сохранения здоровья людей!

**Министр здравоохранения Ставропольского края, к.м.н.
В.Н. Мажаров,**

**Ректор Ставропольского государственного
медицинского университета, д.м.н., профессор
В.И. Кошель**



135 лет со дня рождения В.Ф. Зеленина



Великий русский советский терапевт Зеленин Владимир Филиппович родился в с. Красное (ныне Курская обл.).

В 1907 г. окончил медицинский факультет Московского университета. В 1924 г. основал и возглавил Клинический институт функциональной диагностики и экспериментальной терапии (впоследствии Медико-биологический институт РАН). В 1929 – 1952 гг. заведовал кафедрой госпитальной терапевтической клиники 2-го Московского медицинского института.

Научные интересы В.Ф. Зеленина преимущественно были связаны с кардиологией. В клинике 2-го Московского медицинститута велось широкое изучение проблем трудоспособности и эффективности физиотерапевтических методов лечения при заболеваниях внутренних органов, разрабатывались вопросы взаимного влияния сердечно-сосудистой недостаточности на функциональное состояние различных органов и систем.

Во время Великой Отечественной войны кафедра занималась актуальными проблемами военного времени: алиментарная дистрофия, анемия у раненых, гастрит и др. После войны одной из основных научных проблем кафедры была гипертоническая болезнь.

Коллектив кафедры много внимания уделял вопросам методики преподавания. Перед войной под руководством Владимира Филипповича получили разработку программы по внутренним болезням для студентов III – V курсов. Начиная с 1945 – 1946 гг. в преподавание терапии на V курсе было введено посещение студентами больных на дому, участие студентов в работе ВТЭК и ВКК, в клинко-анатомических конференциях, обязательные дежурства. Профессор одним из первых поставил вопрос о внедрении кино в преподавание медицинских дисциплин.

В 1944 г. В.Ф. Зеленина избрали академиком АМН СССР и директором института экспериментальной и клинической терапии АМН СССР. В 1946 г. ему было присвоено звание заслуженного деятеля науки РСФСР.

Основные труды В.Ф. Зеленина посвящены вопросам физиологии, патологии и клиники сердечно-сосудистой системы. Ученый первым в России разработал клиническую электрокардиографию, предложил теорию бикардиограммы, получившую всеобщее признание. Предложил средство для лечения неврозов сердца. В. Ф. Зеленин награжден орденом Трудового Красного Знамени. Автор 80 научных работ. Свои концепции изложил в руководстве «Болезни сердечно-сосудистой системы».

Программа

09:00					09:00
09:15					09:15
09:30					09:30
09:45					09:45
10:00	Официальное открытие съезда				10:00
10:15	плерарное заседание				10:15
10:30	Мартынов А.И. (Москва)				10:30
10:45	Спаский А.А. (Москва) Верткин А.Л. (Москва) Гейвандова Н.И., Ягода А.В. (Ставрополь)				10:45
11:00					11:00
11:15					11:15
11:30					11:30
11:45					11:45
12:00					12:00
12:15					12:15
12:30	СИМПОЗИУМ Неврологические аспекты терапевтической практики. Сопредседатели: Карпов С.М. (Ставрополь), Долгова И.Н. (Ставрополь)	СИМПОЗИУМ Патология дыхательных путей. Вопросы коморбидности. Сопредседатели: Канев Ю.В. (Москва), Малькин Ф.Т. (Ставрополь)	Амбулаторный прием Культурная афиша «амбулаторного приема»: театральные спектакль-ремейк: мы пригласили Вас, господа, чтобы сообщить неприятнейшее известие...» «ПОЛИКЛИНИКА 2016: ЕСЛИ НЕ БЕГАЕШЬ, ПОКА ЗДОРОВ, ПРИДЕТСЯ ПОБЕГАТЬ, КОГДА ЗАБОЛЕЕШЬ!» Амбулаторная «сосудистая» программа. Амбулаторная программа для больных сахарным диабетом 2 типа и его осложнений. Боль, как много в этом слове для сердца русского слилось... Ведущие: Верткин А.Л., Наумов А.В., Носова А.В. (Москва)	СИМПОЗИУМ Лечение и профилактика основных сердечно-сосудистых заболеваний. Сопредседатели: Карпов Ю.А. (Москва), Фаянс И.В. (Ставрополь)	12:30
12:45					12:45
13:00					13:00
13:15					13:15
13:30					13:30
13:45					13:45
14:00					14:00
14:15					14:15
14:30					14:30
14:45	СИМПОЗИУМ Заболевания соединительной ткани и опорно-двигательной системы в практике врача-терапевта. Сопредседатели: Мартынов А.И. (Москва), Елисеева Л.Н. (Краснодар)	СИМПОЗИУМ Частные вопросы ревматологии. Сопредседатели: Хитров Н.А. (Москва), Хрипунова И.Г. (Ставрополь)		СИМПОЗИУМ Патология печени и кишечника в терапевтической практике. Сопредседатели: Цуканов Б.В. (Красноярск), Гейвандова Н.И. (Ставрополь)	14:45
15:00					15:00
15:15					15:15
15:30					15:30
15:45					15:45
16:00					16:00
16:15					16:15
16:30					16:30
16:45	СИМПОЗИУМ Клиническая фармакология: новые возможности и перспективы. Сопредседатели: Батурин В.А. (Ставрополь), Болшева Л.З. (Владикавказ)	СИМПОЗИУМ Частные аспекты терапевтической практики. Сопредседатели: Санеева Г.А. (Ставрополь), Палехов А.В. (Ставрополь)		Выездное заседание Президиума Правления РНМОТ совместно с региональными отделениями РНМОТ СКФО.	16:45
17:00					17:00
17:15					17:15
17:30					17:30
17:45					17:45
18:00					18:00
18:15					18:15
18:30					18:30
18:45					18:45
19:00					19:00

20 мая

Актовый зал (2 этаж)

Наклонный зал (1 этаж)

Конференц-зал (4 этаж, корпус Библиотеки)

09:00				09:00
09:15				09:15
09:30				09:30
09:45	СИМПОЗИУМ Вопросы нефрологии в практике терапевта. Сопредседатели: Азронович Н.В. (Ставрополь), Деревянко Т.И. (Ставрополь)	Амбулаторный прием Алгоритмы диагностики и лечения в амбулаторной практике. Хавасова Н.О., Ларюшкина Е.Д., Носова А.В. (Москва)	мастер-класс Первичные нарушения липидного обмена. Эпидемиология, диагностика, лечение. Боева О.И. (Ставрополь)	
10:00				10:00
10:15				10:15
10:30				10:30
10:45				10:45
11:00				11:00
11:15				11:15
11:30	СИМПОЗИУМ Вопросы медицинской реабилитации терапевтических больных. Сопредседатели: Турова Е.А. (Москва), Ефименко Н.В. (Пятигорск), Дубовой Р.М. (Ставрополь)		лекция Практическая генетика сердечно-сосудистых заболеваний. Соничева Н.А. (Москва)	
11:45				11:45
12:00				12:00
12:15				12:15
12:30				12:30
12:45				12:45
13:00				13:00
13:15	СИМПОЗИУМ Диагностика и лечение заболеваний органов желудочно-кишечного тракта. Сопредседатели: Павленко В.В. (Ставрополь), Торасова Г.Н. (Ростов-на-Дону)		СИМПОЗИУМ Частные аспекты внутренней медицины. Сопредседатели: Духанин А.С. (Москва), Мальхин Ф.Т. (Ставрополь)	
13:30				13:30
13:45				13:45
14:00				14:00
14:15				14:15
14:30				14:30
14:45				14:45
15:00	СИМПОЗИУМ Медицинские экспертизы и контроль качества оказания медицинской помощи. Сопредседатели: Сохач А.Я. (Ставрополь), Нестеров В.А. (Ставрополь)		САТЕЛЛИТНЫЙ СИМПОЗИУМ компании Такеда Артериальная гипертензия высокого риска: современная фармакотерапия. Председатель Уметов М.А. (Нальчик)	
15:15				15:15
15:30				15:30
15:45				15:45
16:00				16:00
16:15				16:15
16:30				16:30
16:45				16:45
17:00				17:00
17:15				17:15
17:30				17:30
17:45				17:45
18:00				18:00
18:15				18:15
18:30				18:30
18:45				18:45
19:00				19:00

АКТОВЫЙ ЗАЛ (2 ЭТАЖ)**09:30-10:00****Официальное открытие съезда****10:00-12:00****Пленарное заседание**

Роль Российского научного медицинского общества терапевтов в непрерывном медицинском образовании.

Мартынов А.И. (Москва)

Ранняя диагностика инфаркта миокарда.

Спасский А.А. (Москва)

Терапевтическое мастерство профессора В.Ф. Зеленина: через призму времени.

Верткин А.Л. (Москва)

Неалкогольная жировая болезнь печени: современный взгляд на проблему.

*Гейвандова Н.И., Ягода А.В. (Ставрополь)***12:15-13:45****Симпозиум**

Неврологические аспекты терапевтической практики.

Сопредседатели: *Карпов С.М. (Ставрополь), Долгова И.Н. (Ставрополь)*

Современный взгляд на проблему деменции.

Долгова И.Н. (Ставрополь)

Рассеянный склероз в практике врача (ранняя диагностика).

Шевченко П.П. (Ставрополь)

Дифференциальная диагностика пароксизмальных состояний в подростковом возрасте.

Агранович О.В. (Ставрополь)

Пространственно-временная организация мозга у больных с дистонической кривошеей.

Волкова С.А., Лазебная Е.А. (Ставрополь)

Когнитивные расстройства в терапевтической практике.

*Карпов С.М. (Ставрополь)***13:45-14:30****Обед****14:30-16:20****Симпозиум**

Заболевания соединительной ткани и опорно-двигательной системы в практике врача-терапевта.

Сопредседатели: *Мартынов А.И. (Москва), Елисеева Л.Н. (Краснодар)**(Краснодар)*

Коморбидный больной: многообразие проявлений дисплазии соединительной ткани.

Мартынов А.И. (Москва)

Новые возможности коррекции нарушений тканевого метаболизма у больных кардиологического профиля.

Елисеева Л.Н. (Краснодар)

Современные подходы к диагностике и лечению системных заболеваний соединительной ткани.

Щендригин И.Н., Лучкина О.Е. (Ставрополь)

Алгоритм обезболивания при остеоартрозе.

Артеменко Н.А. (Ростов-на-Дону)

Современные рекомендации по лечению остеоартроза.

Чичасова Н.В. (Москва)

Плейотропные эффекты остеотропных минералов.

*Дыдыкина И.С. (Москва)***16:30-18:00****Симпозиум**

Клиническая фармакология: новые возможности и перспективы.

Сопредседатели: *Батурич В.А. (Ставрополь), Болиева Л.З. (Владикавказ)**(Владикавказ)*

Безопасность лекарственных средств и фармаконадзор.

Болиева Л.З. (Владикавказ)

Проблемы антибиотикотерапии при нозокомиальных инфекциях.

Батурич В.А. (Ставрополь)

Персонализированная фармакология - перспективы развития.

Царукян А.А. (Ставрополь)

Средства, подавляющие агрегацию тромбоцитов: особенности применения и проблемы резистентности.

Иванова А.В. (Ставрополь)

Лабораторное обеспечение службы клинической фармакологии в Ставропольском крае.

Батурина М.В. (Ставрополь)

О необходимости проведения неинвазивного серологического скрининга атрофического гастрита в рамках диспансеризации отдельных групп взрослого населения РФ по приказу № 36 ан от 03.02.2015.

*Котелевец С.М. (Черкесск)***НАКЛОННЫЙ ЗАЛ (1 ЭТАЖ)****Амбулаторный прием****12:15-13:45**

Культурная афиша «амбулаторного приема»: театральная постановка-ремейк: мы пригласили Вас, господа, чтобы сообщить неприятнейшее известие...»

*Верткин А.Л., Наумов А.В. (Москва)***13:45-14:00****Перерыв**

14:00-14:30

«ПОЛИКЛИНИКА 2016: ЕСЛИ НЕ БЕГАЕШЬ, ПОКА ЗДОРОВ, ПРИДЕТСЯ ПОБЕГАТЬ, КОГДА ЗАБОЛЕЕШЬ!»

- Изменившаяся миссия терапевта в поликлинике: как посмотреть больного за 12 минут, новые диагностические пособия и пропедевтические истины.

Верткин А.Л. (Москва)

14:30-16:15

Амбулаторная «сосудистая» программа:

1. Клинические рекомендации, алгоритмы диагностики, лечения и профилактики у больных с:

- головокружениями,
- гипертоническим кризом,
- фибрилляцией предсердий,
- перенесших острый коронарный синдром.

2. Клинический разбор с видеопрезентацией больной с хронической венозной недостаточностью.

Верткин А.Л. (Москва)

16:15-16:45

Амбулаторная программа для больных сахарным диабетом 2 типа и его осложнений.

- Эта «сладкая» и «не сладкая» жизнь больного с сахарным диабетом: пошаговая инструкция терапевту поликлиники.

Верткин А.Л. (Москва)

16:45-18:00

Боль, как много в этом слове для сердца русского слилось...

- Калейдоскоп судеб: непридуманные истории болезни пациентов с болевым синдромом.
- Выбор обезболивания на догоспитальном этапе.

Верткин А.Л., Носова А.В. (Москва)

Читальный зал

(3 этаж, корпус Библиотеки)

12:15-13:45

симпозиум

Патология дыхательных путей. Вопросы коморбидности.

Сопредседатели: Конев Ю.В. (Москва), Малыхин Ф.Т. (Ставрополь)

Современные принципы антибиотикотерапии острых инфекций дыхательных путей.

Гучев И.А. (Москва)

Нужны ли макролиды при лечении инфекций верхних дыхательных путей.

Титоренко М.В. (Ставрополь)

Хроническая обструктивная болезнь легких и коморбидная патология.

Малыхин Ф.Т. (Ставрополь)

Полиморбидность у пациентов пожилого возраста.

Конев Ю.В. (Москва)

13:45-14:30

Обед

14:30-16:15

симпозиум

Частные вопросы ревматологии.

Сопредседатели: Хитров Н.А. (Москва), Хрипунова И.Г. (Ставрополь)

Алгоритм ведения пациента с воспалительной болью в спине. Взгляд терапевта.

Хрипунова И.Г. (Ставрополь)

Остеоартроз или остеоартрит. За каким названием будущее?

Хитров Н.А. (Москва)

Переломный момент: примеры из практики.

Хрипунова И.Г. (Ставрополь)

16:30-18:00

симпозиум

Частные аспекты терапевтической практики.

Сопредседатели: Санеева Г.А. (Ставрополь), Палехов А.В. (Ставрополь)

Вопросы выбора опиоидных анальгетиков в практике врача-терапевта.

Палехов А.В. (Ставрополь)

Повышение эффективности лечения пациентов с астеническим синдромом.

Медведев В.Э. (Москва)

Метаболический синдром и кишечная микрофлора: что общего?

Плотникова Е.Ю. (Кемерово)

Диабетическая полинейропатия в практике терапевта.

Санеева Г.А. (Ставрополь)

Ожирение как мультидисциплинарная проблема.

Унанова И.А., Андреева Е.И. (Ставрополь)

Конференц-зал

(4 этаж, корпус Библиотеки)

12:15-13:45

симпозиум

Лечение и профилактика основных сердечно-сосудистых заболеваний.

Сопредседатели: Карпов Ю.А. (Москва), Фаянс И.В. (Ставрополь)

Артериальная гипертензия высокого риска.
Как улучшить прогноз?

Хадзегова А.Б. (Москва)

Практические аспекты применения антикоагулянтной
терапии для профилактики инсульта.

Родионов А.В. (Москва)

Место и потенциал сартанов в современных алгоритмах
лечения артериальной гипертензии.

Карпов Ю.А. (Москва)

Современный подход к антитромботической терапии
острого коронарного синдрома.

Фаянс И.В. (Ставрополь)

13:45-14:30

Обед

14:30-16:00

симпозиум

Патология печени и кишечника в терапевтической
практике.

*Сопредседатели: Цуканов В.В. (Красноярск), Гейвандова Н.И.
(Ставрополь)*

Роль эссенциальных фосфолипидов в терапии патологии
печени.

Цуканов В.В. (Красноярск)

Диарейный синдром в практике терапевта: место
пробиотиков.

Плотникова Е.Ю. (Кемерово)

16:30-18:00

Выездное заседание Президиума Правления РНМОТ
совместно с региональным отделениям РНМОТ СКФО.

АКТОВЫЙ ЗАЛ (2 этаж)**09:30-11:00**

симпозиум

Вопросы нефрологии в практике терапевта.

Сопредседатели: Агранович Н.В. (Ставрополь), Деревянко Т.И. (Ставрополь)

Поражение внутренних органов при туберозном склерозе. Диагностика и тактика ведения больных на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Агранович Н.В. (Ставрополь)

Принципы этиотропного лечения мочекаменной болезни.

Деревянко Т.И., Бобровский Р.Н. (Ставрополь)

Ишемическая болезнь почек в амбулаторной практике.

Кнышова С.А. (Ставрополь)

Кардиоренальный континуум. Особенности амбулаторного этапа.

Бабашева Г.Г. (Ставрополь)

Лечебное питание больных хронической болезнью почек в додиализный период.

Агранович Н.В., Кнышова С.А. (Ставрополь)

Клинический случай AL-амилоидоза, дебютировавший гастропатией, рефрактерной гипотензией и гипертромбоцитозом.

Бородина Л.В. (Ставрополь)

11:15-12:45

симпозиум

Вопросы медицинской реабилитации терапевтических больных.

Сопредседатели: Турова Е.А. (Москва), Ефименко Н.В. (Пятигорск), Дубовой Р.М. (Ставрополь)

Новые технологии в физиотерапии сахарного диабета.

Турова Е.А. (Москва)

Роль медицинской элементологии в реабилитации.

Дубовой Р.М. (Ставрополь)

Телеметрический контроль ЭКГ с применением технологий GPS-навигации и GPRS-связи.

Амианц В.Ю., Ефименко Н.В., Ахметшина И.В., Синютин С.А. (Кисловодск)

Природные лечебные факторы в медицинской реабилитации больных с заболеваниями органов пищеварения.

Ефименко Н.В., Кайсинова А.С. (Пятигорск)

Профилактика сахарного диабета 2 типа курортными факторами.

Ботвинева Л.А. (Ессентуки)

Патогенетические аспекты реабилитации коморбидных больных.

Никулина Г.П. (Ставрополь)

13:00-14:30

симпозиум

Диагностика и лечение заболеваний органов желудочно-кишечного тракта.

Сопредседатели: Павленко В.В. (Ставрополь), Тарасова Г.Н. (Ростов-на-Дону)

Функциональная диспепсия: Международные и национальные рекомендации по диагностике и лечению.

Тарасова Г.Н. (Ростов-на-Дону)

От колоректального стаза до колоректального рака.

Шемеровский К.А. (Санкт-Петербург)

Топические стероиды в лечении язвенного колита.

Павленко В.В. (Ставрополь)

Энтеральная детоксикация в терапевтической практике.

Хованов А.В. (Москва)

14:45-16:15

симпозиум

Медицинские экспертизы и контроль качества оказания медицинской помощи.

Сопредседатели: Сохач А.Я. (Ставрополь), Нестеров В.А. (Ставрополь)

Медицинские критерии направления пациента на медико-социальную экспертизу. Основные проблемы.

Нестеров В.А. (Ставрополь)

Система контроля качества оказания медицинской помощи в Ставропольском крае.

Кузьменко М.П. (Ставрополь)

Медицинские экспертизы и система контроля за их производством.

Кечеджиева С.Г. (Ставрополь)

Вневедомственный контроль качества медицинской помощи.

Круглова Е.Г. (Ставрополь)

Наклонный зал (1 этаж)**Амбулаторный прием****09:30-12:45**

Алгоритмы диагностики и лечения в амбулаторной практике.

- Ведение больных с анемией в поликлинике.
- Кровохарканье.
- Острая и хроническая лихорадка.
- Коморбидная патология.
- Остеоартрит.
- Хроническая ишемия мозга.

Ховасова Н.О., Ларюшкина Е.Д., Носова А.В. (Москва)

13:00-14:30

симпозиум

Вопросы коморбидности и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Сопредседатели: Гладких Н.Н. (Ставрополь), Батурин В.А. (Ставрополь)

Коморбидный больной – стресс для врача и пациента.

Акарарчкова Е.С. (Москва)

Современная антиаритмическая терапия: аспекты эффективности и безопасности.

Евсеева М.Е., Батурин В.А., Власянц Е.А. (Ставрополь)

Диагностика и прогноз при артериальной гипертензии первой степени.

Мангилова Т.А. (Симферополь)

Тактика ведения пациентов с пролапсом митрального клапана.

Гладких Н.Н., Ягода А.В. (Ставрополь)

Возможности эндоваскулярной хирургии в профилактике кардиоэмболических инсультов.

Краснов А.Ю. (Ставрополь)

14:45-16:15

симпозиум

Проблемы сердечно-сосудистой патологии у лиц трудоспособного и молодого возраста.

Председатель Евсеева М.Е. (Ставрополь)

Стрессогенная артериальная гипертензия и синдром менеджера в работе терапевта: аспекты своевременной диагностики, лечения и профилактики (бинарный формат презентации).

Евсеева М.Е., Чудновский Е.В., Кумукова З.В., Иванова Л.В., Барабаш И.В. (Ставрополь)

Дисплазия соединительной ткани и нейроциркуляторная дистония в работе терапевта и кардиолога. Демонстрация клинических случаев.

Евсеева М.Е. (Ставрополь)

Раннее сосудистое постарение или синдром EVA в активном возрасте: несостоятельный миф или реальная проблема практической медицины?

Евсеева М.Е., Ерёмин М.В., Щетинин Е.В. (Ставрополь)

Беременность и сердечно-сосудистое здоровье: клинические и организационные аспекты терапевтической поддержки.

Евсеева М.Е., Сергеева О.В., Маркова Е.Ю. (Ставрополь)

Донозологическая диагностика основных сердечно-сосудистых заболеваний и их первичная профилактика: опыт работы университетского центра здоровья.

Евсеева М.Е., Кошель В.И., Ерёмин М.В., Батурин В.А. (Ставрополь)

Конференц-зал (4 этаж, корпус Библиотеки)

09:30-10:15

мастер-класс

Первичные нарушения липидного обмена. Эпидемиология, диагностика, лечение.

Боева О.И. (Ставрополь)

10:15-11:00

лекция

Практическая генетика сердечно-сосудистых заболеваний.

Соничева Н.А. (Москва)

11:15-12:45

симпозиум

Частные аспекты внутренней медицины.

Сопредседатели: Духанин А.С. (Москва), Рыбас А.В. (Ставрополь)

Алгоритм рационального выбора антигистаминного средства с позиций клинического фармаколога.

Духанин А.С. (Москва)

Биосимиляры: новая группа лекарственных средств в лечении ревматоидного артрита.

Харченко Д.П. (Ставрополь)

Метаболические корректоры в лечении диабетической полинейропатии.

Андреева Е.И. (Ставрополь)

Хроническая обструктивная болезнь легких и системная дисплазия соединительной ткани: современные подходы к диагностике и рациональной терапии.

Рыбас А.В. (Ставрополь)

Современные подходы к дифференциальной диагностике синдрома бронхиальной обструкции.

Победенная Г.П., Скиба Т.А. (Луганск)

Патогенетическая терапия хронических заболеваний печени.

Голованова Е.В. (Москва)

13:00-14:30

сателлитный симпозиум компании Такеда

Артериальная гипертензия высокого риска: современная фармакотерапия.

Председатель Уметов М.А. (Нальчик)

Артериальная гипертензия и хроническая сердечная недостаточность: какова дорожная карта?

Эльгарова Л.В. (Нальчик)

Оптимальная фармакотерапия артериальной гипертензии у пожилых пациентов: фокус на комбинированную терапию.

Кардангушева А.М. (Нальчик)

Артериальная гипертензия и сахарный диабет: как противостоять смертельному дуэту?

Уметов М.А. (Нальчик)

Оптимизация антигипертензивной терапии у коморбидных пациентов.

Батаева А.С. (Ставрополь)

14:45-16:15

Конкурс молодых терапевтов

Председатель Боева О.И. (Ставрополь)

Оценка липидного профиля у больных с кардиореспираторной патологией.

Гасендич Е.С. (Донецк)

Биологические маркеры у больных ишемической болезнью сердца, проживающих в условиях высокого риска (на примере этнических карачаевцев Республики Карачаево-Черкесия).

Дотдаева А.А. (Черкесск)

Состояние сосудисто-эндотелиального фактора роста и его рецепторов при дисплазии соединительной ткани.

Зангелова Т.Э. (Ставрополь)

Клинико-морфометрические особенности почек у больных острым коронарным синдромом и атеросклеротическим поражением почечных артерий.

Кобзева Н.Д. (Ростов-на-Дону)

Роль дефицита витамина D в достижении устойчивого вирусологического ответа при хроническом вирусном гепатите С.

Липов А.В. (Ставрополь)

Сосудистый возраст и масса тела у лиц молодого возраста: опыт работы центра студенческого здоровья СТГМУ.

Фурсова Е.Н. (Ставрополь)

Прогностическое значение некоторых клинико-генетических факторов при кальцинозе аортального клапана.

Щеглова Е.В. (Ставрополь)

WORLD MEDICINE LIMITED

Ground Floor, Gadd House, Arcadia Avenue, Finchley, London N3 2JU, United Kingdom
телефон: +44 (0) 845 0-66-33-00
факс: +44 (0) 845 0-66-33-01
электронная почта: info@worldmedicinegroup.com
www.worldmedicinegroup.com

Контактная информация в России:
141400, Московская обл., Химки, ул. Спартаковская, д. 5, корп. 7, офис 8
телефон: +7 (800) 700-45-68, +7 (916) 636-89-43
электронная почта: info@worldmedicine.ru
www.worldmedicine.ru

Компания World Medicine начала свою деятельность в 1998 году. Сегодня World Medicine – это группа компаний с центральным офисом в Лондоне, в состав которой входят компании с идентичным названием в Великобритании, Греции, Болгарии и Турции. Группа компаний World Medicine занимается разработкой, производством и продажей фармацевтической продукции и представлена более чем в 35 странах мира. Общая численность персонала – более 2 500 человек. Годовой оборот превышает 200 млн евро.

Группа компаний World Medicine владеет многопрофильным портфелем продуктов, включающим более 350 лекарственных средств, которые применяются в таких областях медицины, как терапия, неврология, эндокринология, кардиология, ревматология, гастроэнтерология, урология, пульмонология и другие.



АО «Акрихин»

115054, Москва, Космодамианская наб., д. 52, стр. 5, этаж 6, БЦ «Риверсайд Тауэрз»
телефон: +7 (495) 721-36-97
факс: +7 (495) 723-72-82
электронная почта: info@akrikhin.ru

Официальный
спонсор

«АКРИХИН» – это одна из ведущих российских фармацевтических компаний по выпуску доступных, эффективных и высококачественных лекарственных средств.

«АКРИХИН» входит в топ-5 крупнейших локальных фармацевтических производителей по объему продаж и по объему производства на российском фармрынке.

В продуктовом портфеле компании насчитывается более 200 наименований лекарственных препаратов (более 100 брендов) основных фармако-терапевтических направлений: кардиология, неврология, дерматология, гинекология, педиатрия, офтальмология, урология. Это препараты как собственного производства, так и выведенные на российский рынок при партнерстве с другими компаниями.

«АКРИХИН» выпускает широкий спектр социально значимых лекарств, внося свой вклад в развитие российской системы здравоохранения. Компания является одним из крупнейших российских производителей препаратов Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), а также средств для лечения туберкулеза и диабета.



АО «Астеллас Фарма»

109147, Москва, ул. Марксистская, д. 16
телефон: +7 (495) 737-07-55
факс: +7 (495) 737-07-53
www.astellas.ru

Астеллас – динамично развивающаяся фармацевтическая компания, имеющая филиалы по всему миру. Компания Астеллас образована слиянием двух японских компаний Яманучи и Фуджисава в 2005 году. В России компания работает с 1994 года. Головной офис российского филиала находится в Москве. Компания производит оригинальные препараты по японским технологиям. Основные сферы деятельности: разработка и производство лекарственных средств в области антибиотикотерапии, гастроэнтерологии, урологии, дерматологии, трансплантологии, онкологии и др. Компания Астеллас производит следующие препараты: Флемоксин Солютаб, Флемоклав Солютаб, Вильпрафен Солютаб, Супракс Солютаб, Юнидокс Солютаб, Пимафуцин, Зинерит, Де-нол, Фосфалюгель и др.





Для тех, кто любит жизнь всем сердцем!

Эспиро снижает смертность у пациентов
с сердечной недостаточностью
и перенесших инфаркт миокарда



Снижает внезапную смертность на 1/3¹

Снижает количество госпитализаций²

Улучшает функцию миокарда³



 **акрихин**

Информация для медицинских
и фармацевтических работников

1 - Pitt B et d. Eur. J Heart Fail/ 2006; 8: 295-301.

2 - Zannad et al., N Engl J Med. (10.1056/NEJM oa 1009492) November 14, 2010

3 - Udelson.JF. Et d., Circ. Heart Fail. 2010;3: 347-353

Производитель - фармацевтический завод «Польфарма» АО, Польша

АО «АКРИХИН», 142 450, Московская область, Ногинский район, г. Старая Купавна, ул. Кирова, 29, телефон/факс (495) 702-95-03

Корпорация «Артериум», Украина

Представительство в России:
109147, г. Москва, ул. Таганская, д. 3
телефон: +7 (495) 640-20-02
электронная почта: Moscow@arterium.ru

01032, г. Киев, ул. Сакаганского, 139
телефон: (+38 044) 490 75 22
факс: (+38 044) 490 75 17
www.arterium.ua



ARTERIUM

Ближе к людям

Корпорация «Артериум» – одна из ведущих украинских фармацевтических компаний, которая работает в отрасли, заботящейся о важнейших ценностях – здоровье и жизни человека. Созданная в 2005 году, Корпорация «Артериум» объединяет два опытнейших украинских предприятия: ОАО «Киевмедпрепарат» – крупнейшего украинского производителя антибактериальных препаратов с более чем 160-летним опытом работы фармацевтического производства, и АО «Галичфарм» – лидера по производству препаратов на растительной основе, успешно работающего в украинской фармацевтической отрасли уже 100 лет. В портфеле продукции Корпорации «Артериум» более 140 наименований лекарственных средств, входящих в 10 из 14 фармакотерапевтических групп. Продукция корпорации «Артериум» экспортируется в 11 стран СНГ. Представительства действуют в Узбекистане, Беларуси, Казахстане, Азербайджане и России. Визитной карточкой Корпорации являются такие оригинальные препараты, как Тиотриазолин[®], L-лизина эсцинат[®], Тиоцетам[®], Уролесан[®]. На предприятиях хорошо отлажена и эффективно работает система управления качеством, которая подтверждена сертификатами соответствия международным стандартам ISO 9001-2000. Производственные мощности ОАО «Киевмедпрепарат» и АО «Галичфарм» сертифицированы на соответствие стандартам Надлежащей производственной практики (GMP).

АО «БАЙЕР», Россия

107113, Москва, 3-я Рыбинская улица, д. 18, корп. 2
телефон: +7 (495) 701-22-85
электронная почта: ru.communications@bayer.com
www.bayer.ru

**Генеральный
спонсор**



Байер – международный концерн, специализирующийся в области здравоохранения, сельского хозяйства и высокотехнологичных материалов. Bayer HealthCare, субконцерн Bayer (объем продаж в 2012 году – 18,6 млрд евро), объединяет глобальную деятельность подразделений Pharmaceuticals (фармацевтические препараты), Consumer Care (препараты безрецептурного отпуска), Medical Care (лечение и экспресс-диагностика сахарного диабета, а также инъекционные системы) и Animal Health (здоровье животных). Цель Bayer HealthCare – создание и производство препаратов, улучшающих здоровье людей и животных во всем мире. Затраты субконцерна на исследования и разработки в 2012 году составили 1,9 млрд евро.

ООО «Берингер Ингельхайм», Германия

125171, Россия, Москва, Ленинградское шоссе, д. 16 А, стр. 3, БЦ «Метрополис», этаж 8
телефон: +7 (495) 544-50-44
факс: +7 (495) 544-56-20
электронная почта: info.ru@boehringer-ingenheim.com
www.boehringer-ingenheim.com



Компания Берингер Ингельхайм основана в 1885 году и входит в число 20-ти мировых лидеров фармрынка.

Штаб-квартира компании расположена в г. Ингельхайм, Германия. Основные задачи компании: научные исследования и разработки инновационных и высокоэффективных лекарственных препаратов.

Biotehnos

119435, Москва, ул. Малая Пироговская, д. 13, стр. 1
телефон: 8 (800) 333-24-71
электронная почта: info@alflutop.org
www.alflutop.ru

Biotehnos – европейская компания, основанная в 1993г. Ведущим видом деятельности является производство оригинальных лекарственных средств, активных фармацевтических субстанций, как животного, так и растительного происхождения. Компания основывает свою деятельность на научно-исследовательской инфраструктуре, достигшей за 20 лет своего существования значительных успехов в фармацевтической сфере, биотехнологиях, клеточной и молекулярной биологии. Ведущим препаратом Компании является препарат Алфлутоп, единственный комплекс сбалансированных элементов, обеспечивающий защиту матрикса хряща на клеточном и молекулярном уровне.



АО «ВЕРОФАРМ», Россия

115088, Москва, 2-й Южнопортовый проезд, д. 18, стр. 9
телефон: +7 (495) 792-53-30, 797-57-37
факс: +7 (495) 792-53-28
электронная почта: info@veropharm.ru
www.veropharm.ru

АО «ВЕРОФАРМ» – ведущая российская фармацевтическая компания-производитель, известная в нашей стране и за рубежом как один из крупнейших российских производителей дженериков (аналогов известных патентованных лекарств), а также онкологических препаратов и медицинских пластырей. АО «ВЕРОФАРМ», имея современную, динамично развивающуюся производственную базу и команду высокопрофессиональных квалифицированных специалистов, уверенно смотрит в будущее, постоянно совершенствуя свой исследовательский, производственный и человеческий потенциал для применения достижений науки в своих лекарствах. Сегодня наш портфель включает более 300 продуктов, используемых в разных направлениях медицины. В Компании – более 2000 квалифицированных сотрудников.

Команда АО «ВЕРОФАРМ» эффективно работает, чтобы, используя свои уникальные знания и многолетний опыт, предлагать разумные решения, поднимающие уровень современной лекарственной терапии, и производить качественные и доступные лекарства для миллионов россиян.



«ЭСПАРМА ГмБХ»

115114, Россия, Москва, ул. Летниковская, д. 16, офис 306
телефон: +7 (495) 579-33-70
www.esparma.ru

Компания «Эспарма ГмБХ» является немецким фармацевтическим производителем с многолетней историей и традициями, основанная в 1875 году в городе Магдебурге.

В настоящее время «Эспарма ГмБХ» – современное и динамично развивающееся предприятие в Германии, занимающееся производством и распространением лекарственных препаратов, широко известных и применяемых в различных областях медицины, таких как урология, эндокринология, неврология.

Многие препараты производства «Эспарма ГмБХ» за долгое время зарекомендовали себя не только в Германии, но и в России своим высоким качеством, эффективностью и безопасностью. Некоторые лекарственные средства не имеют аналогов.

Это Блемарен, Аписартрон, Эвкабал, Бальзамед, Эспарокси, Эспа-липон, Паронтал, Эскузан.



Гедеон Рихтер

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия), г. Москва
119049, Москва, 4-й Добрынинский переулок, д. 8
телефон: +7 (495) 987-15-55
факс: +7 (495) 987-15-56
электронная почта: centr@g-richter.ru
www.g-richter.ru



ГЕДЕОН РИХТЕР

«Гедеон Рихтер» – венгерская фармацевтическая компания, крупнейший в Восточной Европе производитель лекарственных препаратов и лидер по объему инвестиций в сферу научных исследований и разработок. Производит около 100 генерических и оригинальных препаратов в более чем 170 формах. Компания, чья миссия лежит в обеспечении высокого качества лечения на протяжении поколений, является экспертом во многих терапевтических областях. Однако особое внимание уделяет исследованиям в области центральной нервной системы и женского репродуктивного здоровья. В активах компании шесть собственных заводов, один из которых открыт в г.Егорьевске (Россия) еще в 2001 году. В 2014 году «Гедеон Рихтер» отметил 60-летие своей успешной работы в России, продажи которой составляют около 30% от общего объема продаж в странах присутствия компании. По данным IMS Health, входит в ТОП-10 иностранных фармацевтических компаний, работающих на территории РФ. «Гедеон Рихтер» является социально-ответственной компанией, реализуя проекты в области КСО как на глобальном, так и на российском уровне. На сегодняшний день штат компании составляет около 10 тысяч человек в мире, около 1000 из которых трудится в России.

Др. Редди'с, Индия

Официальный спонсор

115035, Москва, Овчинниковская набережная, д. 20, стр. 1
телефон: +7 (495) 795-39-39
факс: +7 (495) 795-39-08
электронная почта: inforus@drreddys.com
www.drreddys.ru

Компания Д-р Редди'с Лабораторис Лтд. (NYSE: RDY) — интегрированная международная фармацевтическая компания, деятельность которой направлена на улучшение здоровья людей за счет предоставления доступных и инновационных лекарственных препаратов.

Компания ведет свой бизнес в трех направлениях: фармацевтические услуги и субстанции, международные дженерики и патентованные препараты, которые вместе представляют широкий портфель услуг и продуктов, включающий фармацевтические субстанции, дженерики, биологические препараты, разнообразные лекарственные формы и новые химические соединения. В своей деятельности компания фокусируется на таких терапевтических областях, как гастроэнтерология, диабетология, онкология, исследование боли и педиатрия. Основными рынками для компании являются Индия, США, Россия и СНГ, Ю. Африка, Румыния и Новая Зеландия.

Dr.Reddy's

ИПСЕН, Россия

Официальный спонсор

109147, Москва, ул. Таганская, д. 19
телефон: +7 (495) 258-54-00
факс: +7 (495) 258-54-01
электронная почта: ipsen.moscow@ipsen.com

ИПСЕН – международная группа фармацевтических компаний, объединяющая более 4500 сотрудников, представляющая на рынке более 20 лекарственных препаратов, более чем в 100 странах мира. Мы стремимся значительно улучшить заботу о пациентах и качество их жизни путем внедрения в медицину инноваций, которые позволяют эффективно справляться с терапевтическими задачами и соответствуют потребностям пациентов.

ИПСЕН активно работает в таких областях медицины как неврология, онкоурология, эндокринология, гематология, которые являются ее основными направлениями развития. Компания также реализует продукцию в других терапевтических областях, в которых она имеет многолетний опыт (гастроэнтерология, сердечно-сосудистые и когнитивные расстройства).

IPSEN
Innovation for patient care



МНН диоктаэдрический смектит

Курс приема
3–7 дней

Диарея? Изжога? Вздутие?
со Смектой
об этом забудьте



П №015155/01 от 08.04.2008

Для всей семьи



МНН гинкго двулопастного
листьев экстракт (EGb 761®)

Курс лечения —
не менее
3-х месяцев

Мысли ясно — живи классно!

- натуральный препарат
- улучшает работу мозга
- активизирует память
- улучшает внимание



П №011709/02 от 15.08.2011



МНН макрогол 400

Курс приема
2–4 недели
и дольше^{2,3}

Достоверно эффективнее лактулозы¹
Учит кишечник работать
самостоятельно!

Возможен
длительный
прием³



Рег. уд. ЛС – 002549 от 23.08.10



Мелатонин пролонгированного высвобождения

Курс лечения
до 13 недель⁷

МНН мелатонин

Новое слово в лечении бессонницы⁶

Циркадин — пролонгированный мелатонин⁷ с доказанной
эффективностью для лечения инсомнии⁸:

- сокращает период засыпания⁹
- действует в течение всей ночи^{8,9}
- сохраняет естественную структуру сна¹⁰
- улучшает состояние после пробуждения^{8,9}
- улучшает качество жизни⁹
- не вызывает привыкания¹¹



РУ ЛСР – 002400/10 от 24.03.10



макрогол 4000

1 упаковка =
1 подготовка

МНН макрогол 400

Двухэтапная подготовка — мировой
стандарт подготовки кишечника

2 л вечером накануне исследования + 2 л утром в день
исследования для качественного очищения кишечника⁴



Рег. уд. П N014306/01 от 17.08.07

1. Lee-Robichaud H. et al. Lactulose versus Polyethylene glycol for Chronic Constipation (Review) // The Cochrane Library. 2011. (Ли-Робичауд и др. Лактулоза в сравнении с полиэтиленгликолем при хроническом запоре (Обзор) // Лаборатория Кохрейн. 2011); 2. Бабаян М.Л. Коррекция функциональных запоров у детей // Детская гастроэнтерология. 2011. №4, том 8; 3. Рекомендуемый курс лечения для детей и взрослых — 3 мес. У детей лечение не должно превышать 3 мес; 4. Веселов В.В., Никифоров П.А., Федоров Е.Д. Клинические рекомендации по подготовке пациентов к эндоскопическому исследованию толстой кишки. М. 2011. с.32, 35, 44; 5. Подробная информация в инструкции по медицинскому применению препарата Танакан® (П № 011709/01 от 01.11.2011); 6. Единственный препарат с пролонгированным высвобождением на рынке России <http://girls.rosminzdrav.ru>; 7. Инструкция по медицинскому применению препарата Циркадин (Н9ЛСР-002400/10 от 24.03.10). 8. Lemoine P. et al., J. Sleep Res. (2007); 16 (4), 372–380. (Лемоин П. и соавт. Журнал Слип рес); 9. Wade, A. et al., (2007), Current medical research and opinion, Efficacy of Prolonged-Release melatonin in insomnia patients aged 55–80 years: quality of sleep and next-day alertness outcomes, 23(10), 2597–2605 (Вэйд А и соавт., Каррент Медикал Ресерч энд Опиныон. Эффективность мелатонина пролонгированного высвобождения у пациентов 55–80 лет. Оценка качества сна и бодрости на следующее утро.); 10. Luthringer et al., 2009 (Луфрингер и соавт.); 11. Wade AG, Ford I, Crawford G, McConnachie A, Nir T, Laudon M, et al. Nightly treatment of primary insomnia with prolonged release melatonin for 6 months: a randomized placebo controlled trial on age and endogenous melatonin as predictors of efficacy and safety. BMC Med. 2010; 8(1): 51. (Вэйд АГ, Кроффорд Г, МакМахон АД, Нир Т, Лудон М, и соавт. Ночное лечение первичной инсомнии мелатонином пролонгированного высвобождения в течение 6 мес. Рандомизированное плацебо контролируемое исследование по возрастным группам продукции мелатонина как фактора инсомнии. БЭМС Мед).

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ
НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ

Информация по препарату предоставляется для медицинских специалистов в соответствии с пп.4 ст.74 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» для ознакомления пациента о наличии в обращении аналогичных лекарственных препаратов. Если Вы хотите сообщить о нежелательных явлениях, жалобе на препарат направляйте, пожалуйста, свои претензии лечащему врачу, в регуляторные органы или в Московское представительство компании «Ипсен Фарма»: 109147, г. Москва, ул. Таганская, 19, тел: +7 (8) 495 258-54-00, факс: +7 (8) 495 258-54-01, pharmacovigilance.russia@ipсен.com. В нерабочие часы круглосуточные телефоны: 8 (916) 999-30-28 (для приема сообщений о нежелательных явлениях и претензиях на качество препарата компании Ипсен); 8 (800) 700-40-25 (служба медицинской информации по препаратам компании для специалистов здравоохранения).

ООО «Ипсен» Россия, 109147, Москва, ул. Таганская, 19
Тел.: +7 (495) 258 54 00; факс: +7 (495) 258 54 01 www.ipсен.ru



Mundipharma

История создания компании Mundipharma восходит к 1952 году, когда два брата, д-р Мортимер Саклер и д-р Раймонд Саклер, приобрели в США компанию под названием «Purdue Frederick». Обладая необходимым новаторским духом, владельцы создали корпоративную группу, которая в настоящее время представлена во многих европейских странах. На протяжении всех этих лет в компании пропагандировалась традиция семейного бизнеса, которая до сих пор отражается в долгосрочных и доверительных отношениях.

В 1973 году в Вене был открыт австрийский филиал компании. Это сделало филиал в Вене одной из старейших независимых компаний, ассоциированных с Mundipharma в Европе.

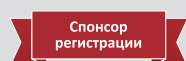
Основное направление работы компании – лечение хронической боли.

Корпоративные исследования сосредоточены на опиоидных анальгетиках, используемых для лечения сильной боли. В 1985 году, с введением в некоторых европейских странах первых сильных опиоидов с замедленным высвобождением, Mundipharma произвела революцию в лечении боли. Замедленное высвобождение означает, что активное вещество высвобождается медленно в течение определенного периода времени. Это имеет свои преимущества: нет необходимости часто принимать лекарства, а их переносимость значительно улучшается.

Лекарства с замедленным высвобождением принесли пользу как пациентам, так и терапевтам. В текущем ассортименте Mundipharma есть 10 фармацевтических препаратов высокого качества, используемых для лечения сильной боли.

2012: Вена как центр Восточной Европы

Начиная с 2012 года филиал в Вене отвечает за корпоративные дела компании в Восточной Европе. В настоящее время деловая активность развивается в Польше, Чехии, Словакии, Румынии, Болгарии и России. Вена служит центром маркетингового продвижения препаратов Mundipharma на большой территории и, таким образом, играет важную стратегическую роль в группе.



ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС», Россия

125252, Москва, ул. Авиаконструктора Микояна, д. 12

телефон: +7 (495) 741-49-89

факс: +7 (499) 193-43-50

электронная почта: info@nearmedic.ru

www.kagocel.ru



НИАРМЕДИК

НИАРМЕДИК - российская компания созданная в 1989 году учеными НИИ им. Н.Ф. Гамалеи. Целью компании является создание и развитие диагностического, фармацевтического и медицинского направлений на основе внедрения результатов собственных научных исследований и разработок. Компания производит диагностические тест-системы, оригинальные фармацевтические препараты (Кагоцел® и КОЛЛОСТ®). Поставляет на внутренний рынок лабораторное оборудование производства ведущих мировых производителей, развивает сеть многопрофильных клиник, проводит семинары и тренинги для специалистов.

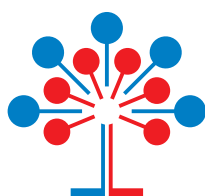
НоваМедика, Россия

125047, Россия, г. Москва, ул.1-ая Брестская, д.29,

Бизнес-центр «Капитал-Тауэр», 11 этаж

телефон: +7 (495) 230-02-90

НоваМедика – современная российская фармацевтическая компания, созданная в 2012 году ведущим американским венчурным фондом Domain Associates LLC и российской инвестиционной корпорацией «РОСНАНО», реализующей государственную политику по развитию высокотехнологичных отраслей. Стратегия НоваМедики направлена на поиск, регистрацию и локализацию в России прав интеллектуальной собственности на инновационные фармацевтические препараты и технологии, а также на разработку и реализацию собственных R&D-проектов. Для решения этих задач, разработки и пилотного производства инновационных лекарственных препаратов компания ведет строительство Технологического центра. Он будет включать в себя лаборатории и производственные участки с новейшими технологическими возможностями, которые ранее не были доступны в российской фармацевтической индустрии. НоваМедика также нацелена на создание в России современного высокотехнологичного фармацевтического GMP-производства. За реализацию планов НоваМедики отвечает высокопрофессиональный совет директоров совместно с управленческой командой менеджеров топ-класса, обладающих богатым опытом во всех сферах фармацевтики: научных разработках и клинических исследованиях, регуляторных и правовых отношениях, создании и развитии производства, в маркетинге и организации продаж. Лидеры команды активно участвовали в реализации успешных проектов ведущих фармацевтических и биотехнологических компаний как на новых, так и на развитых рынках. - See more at: <http://novamedica.com/ru/about#sthash.b2MPI52t.dpuf>

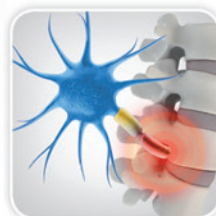


НоваМедика

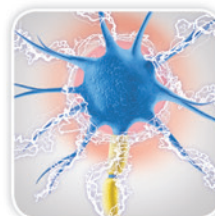
Кто сказал,
что нервные клетки
не восстанавливаются?

Нейробион® – оригинальная разработка компании Мерк, применяется в 70 странах мира¹

- Восстанавливает структуру и функцию нервных волокон²
- Показан при нейропатической боли³
- Содержит три активных витамина В₁, В₆ и В₁₂ в инъекционной и таблетированной форме³
- Ниже риск аллергии⁴



Боль в спине



Нейропатическая боль



Полинейропатия

ООО «НПК «Базовый Индивидуальный Комплекс»

190020, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 207-Б
телефон/факс: (812) 331-77-51/52,
электронная почта: yal@npk-bik.ru
зубикор.рф



ООО «НПК «БИК» современная, динамично развивающаяся компания, специализирующаяся в области разработки и производства биологически активных добавок к пище с использованием инновационных технологий. В портфеле продуктов компании присутствует широко известный препарат из группы пребиотиков ЗУБИКОР, зарекомендовавший себя в качестве средства, способствующего восстановлению нормальной микрофлоры кишечника и улучшающего функциональное состояние желудочно-кишечного тракта.

ЗАО «Фармацевтическое предприятие «Оболенское», Россия

142279, Московская обл., Серпуховский район, п. Оболенск, корп. 7-8
телефон: +7 (495) 646-28-68
факс: +7 (495) 646-28-68
электронная почта: info@obolensk.ru
www.obolensk.ru



ЗАО «Фармацевтическое предприятие «Оболенское» основано в 1994 г. на базе Государственного научного центра прикладной микробиологии.

В продуктовом портфеле компании насчитывается более 100 наименований лекарственных средств, среди которых широкий спектр социально значимых препаратов. Приоритетное направление отдается сердечно-сосудистым, гастроэнтерологическим, эндокринологическим, противовирусным препаратам.

Производство ЗАО «ФП «Оболенское» соответствует всем требованиям ГОСТ Р 52249-2009 (GMP) «Правила производства и контроля качества лекарственных средств».

Системы менеджмента качества соответствуют требованиям международного стандарта ISO 9001:2008 и национального стандарта ГОСТ ISO 9001-2011.

ПАО «Отисифарм», Россия

141700, Московская область, г. Долгопрудный, Лихачевский проезд, д. 5 «Б»
телефон/факс: +7 (495) 221-77-15 / 2999
+7 (495) 970-00-30
электронная почта: reception@otcpharm.ru



ПАО «ОТИСИФАРМ» – является крупнейшей компанией на российском фармацевтическом рынке безрецептурных препаратов по представленности препаратов в основных терапевтических категориях. «Отисифарм» была образована в результате выделения безрецептурного бизнеса в процессе реорганизации российской фармацевтической компании «Фармстандарт» в конце 2013 года.

На сегодняшний день ПАО «Отисифарм» владеет исключительными правами на 32 товарных знака. Портфель Компании представлен такими известными и популярными брендами как: Арбидол®, Флюкостат®, Амиксин®, Риностоп®, Асвитол®, Селмевит®, Цикловита®, Некст®, Пенталгин®, Афобазол®, Аципол®, Магнелис®, Аскофен-П®, Термикон®, Цинокап®, Неосмектин®.

Кроме продвижения на рынке собственных брендов, «Отисифарм» занимается маркетингом и продвижением лекарственных препаратов, чьи торговые марки принадлежат сторонним организациям: Лактофильрум®, Фильтрум®-СТИ, Микразим®, Динолак® и Тауфон®.

Производство продукции ОТИСИФАРМ осуществляется на крупнейших промышленных фармацевтических площадках России и Европы.

Современные автоматизированные линии предприятий соответствуют российским и европейским стандартам, что гарантирует высочайшее качество всей продукции.



**МОЩНЫЙ
СОЮЗ**
ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АД
В ТЕЧЕНИЕ 24 ЧАСОВ^{1, 2}

**АЗИЛСАРТАН
ПРЕВОСХОДИТ
ДРУГИЕ САРТАНЫ*
В АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОМ
ЭФФЕКТЕ^{3, 4}**

**ХЛОРТАЛИДОН
ИМЕЕТ ОБШИРНУЮ
ДОКАЗАТЕЛЬНУЮ
БАЗУ⁵⁻⁹
ПО СНИЖЕНИЮ
РИСКА ССО**
У ПАЦИЕНТОВ С АГ**



Эдарби® Кло
азилсартана медоксомил + хлорталидон

МОЩНЫЙ СОЮЗ

Реклама

Сокращённая информация по применению

Торговое название: Эдарби® Кло. **МНН или группировочное название:** азилсартана медоксомил + хлорталидон. **Лекарственная форма:** таблетки, покрытые плёночной оболочкой. **Показания к применению:** эссенциальная гипертензия (пациентам, которым показана комбинированная терапия). **Противопоказания:** повышенная чувствительность к активным веществам и другим компонентам препарата. Рефрактерная гипокалиемия. Анюрия. Беременность и период грудного вскармливания. Одновременный приём алискирена и алискиренсодержащих препаратов у пациентов с сахарным диабетом или умеренным или тяжёлым нарушениями функции почек. Тяжёлые формы сахарного диабета. Возраст до 18 лет. Нарушения функции печени тяжёлой степени. Почечная недостаточность тяжёлой степени. **Способ применения и дозы:** препарат Эдарби® Кло принимают внутрь один раз в сутки независимо от времени приёма пищи. Рекомендованная начальная доза препарата Эдарби® Кло составляет 40 мг азилсартана медоксомила + 12,5 мг хлорталидона 1 раз в сутки. При необходимости дополнительного снижения АД дозу препарата Эдарби® Кло можно увеличить до максимальной 40 мг азилсартана медоксомила + 25 мг хлорталидона 1 раз в сутки. **Побочное действие:** очень часто: повышение концентрации креатинина, гиперлипидемия, гипокалиемия; часто: повышенная утомляемость, головокружение, постуральное головокружение, выраженное снижение АД, периферические отеки, крапивница, гипомagnesемия, гиперурикемия, повышение концентрации мочевины, повышение активности креатинфосфокиназы, тошнота, потеря аппетита, желудочно-кишечные расстройства, диарея, снижение потенции. **Полный перечень побочных эффектов содержится в инструкции по применению.** **С осторожностью:** тяжёлая хроническая сердечная недостаточность; нарушение функции почек; нарушение функции печени лёгкой и умеренной степени; двусторонний стеноз почечных артерий и стеноз артерии единственной функционирующей почки; ишемическая кардиомиопатия; ишемические цереброваскулярные заболевания; состояние после трансплантации почки; состояния, сопровождающиеся снижением объёма циркулирующей крови, а также у пациентов, соблюдающих диету с ограничением поваренной соли; первичный гиперальдостеронизм; гиперурикемия и подагра; бронхиальная астма; системная красная волчанка; стеноз аортального и митрального клапанов; гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия; возраст старше 75 лет; гипокалиемия. Если у вас одно из перечисленных заболеваний, перед приёмом препарата Эдарби® Кло обязательно проконсультируйтесь с врачом. **Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.**



* Валсартан, олесартан. ** ССО – сердечно-сосудистые осложнения. 1. Инструкция по применению препарата. 2. Cushman W.C., et al. Hypertension, 2012; 60: 310–318. 3. Sica D., et al. J. Clin. Hypertens, 2011; 13: 467–472. 4. White W.B., et al. Hypertension, 2011; 57: 413–420. 5. Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group. JAMA. 1979; 242: 2562–2571. 6. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Circulation. 1990; 82: 1616–1628. 7. Dorsch M.P., et al. Hypertension, 2011; 51: 689–694. 8. SHEP Cooperative Research Group. JAMA. 1991; 265: 3255–3264. 9. ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. JAMA. 2002; 288: 2981–2997.

ООО «НТФФ «ПОЛИСАН»

191119, Россия, Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 112
телефон: +7 (812) 710-82-25
факс: +7 (812) 764-62-84
электронная почта: sales@polysan.ru
www.polysan.ru



ООО «Научно-технологическая фармацевтическая фирма «ПОЛИСАН» основана в 1992 году. Сфера деятельности – разработка и внедрение инновационных лекарственных средств в медицинскую практику.

ООО «НТФФ «ПОЛИСАН» производит 4 оригинальных препарата: ЦИТОФЛАВИН (Cytoflavin), ЦИКЛОФЕРОН (Cycloferon), РЕАМБЕРИН (Reamberin), РЕМАКСОЛ (Remaxol). Компания ПОЛИСАН была дважды удостоена премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники. Собственный фармацевтический завод расположен в Санкт-Петербурге, имеет сертификат GMP Евросоюза.

Сандоз

Официальный спонсор

125315, Москва, Ленинградский проспект, д. 72, стр. 3
телефон: +7 (495) 660-75-09
электронная почта: sandoz.russia@sandoz.com
www.sandoz.ru



Компания «Сандоз», дженериковое подразделение группы компаний «Новартис», располагает штатом свыше 26 500 сотрудников по всему миру и обладает портфелем лекарственных средств, состоящим из более чем 1100 химических соединений. «Сандоз» предлагает высококачественные, доступные по цене препараты, которые вышли из-под патентной защиты. Компания «Сандоз» – лидер в мире в области биоаналогов, на рынке антибиотиков, среди воспроизведенных лекарственных средств в области офтальмологии и трансплантологии.

Санофи, Россия

Официальный спонсор

125009, Москва, ул. Тверская, д. 22
телефон: +7 (495) 721-14-00
www.sanofi.ru



Санофи – один из глобальных лидеров в области здравоохранения, в центре внимания которого – потребности и нужды пациентов во всём мире.

Санофи занимает прочные позиции в области здравоохранения, опираясь на семь платформ для роста: развивающиеся рынки, вакцины, товары для здоровья, сахарный диабет, редкие заболевания, инновационные продукты и ветеринарные препараты.

ЛИНЕКС® ФОРТЕ

Новинка в линейке ЛИНЕКС®



УДОБНЫЙ
ПРИЕМ

ОТ

1

КАПСУЛЫ
В ДЕНЬ



ЛИНЕКС®. Порядок внутри — и Вы в порядке!

ТОРГОВОЕ НАИМЕНОВАНИЕ: Линекс® Форте. 1 капсула содержит не менее 2×10^9 КОЕ живых лиофилизированных молочнокислых бактерий *Lactobacillus acidophilus* (LA-5) и *Bifidobacterium animalis* subsp. *lactis* (BB-12). **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:** Лечение и профилактика дисбактериозов. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:** Во время или после еды, запивая небольшим количеством жидкости. Взрослые и подростки старше 12 лет: по 1 капсуле 1-3 раза в день. Дети от 2 до 12 лет: по 1 капсуле 1-2 раза в день. Новорожденные и дети до 2 лет: по 1 капсуле 1 раз в день. Диарею у детей младше 6 лет необходимо лечить под наблюдением врача. Длительность лечения зависит от причины развития дисбактериоза и индивидуальных особенностей организма. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** Гиперчувствительность к компонентам препарата; наследственная непереносимость фруктозы, дефицит сахаразы, изомальтазы или глюкозо-галактозная мальабсорбция. **ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ:** Возможно возникновение реакций гиперчувствительности. **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ:** Не следует запивать горячими напитками и принимать одновременно с алкоголем. Применение при беременности и в период лактации возможно только после консультации с врачом. **ТОРГОВОЕ НАИМЕНОВАНИЕ:** Линекс®. 1 капсула содержит не менее $1,2 \times 10^7$ КОЕ живых лиофилизированных молочнокислых бактерий *Lactobacillus acidophilus*, *Bifidobacterium infantis*, *Enterococcus faecium*. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:** Лечение и профилактика дисбактериозов. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:** Внутрь, после еды, запивая небольшим количеством жидкости. Новорожденные и дети до 2 лет: по 1 капсуле 3 раза в день; дети от 2 до 12 лет: по 1-2 капсулы 3 раза в день; взрослые и подростки старше 12 лет: по 2 капсулы 3 раза в день. Длительность лечения зависит от причины развития дисбактериоза и индивидуальных особенностей организма. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** Гиперчувствительность к компонентам препарата или молочным продуктам. **ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ:** Возможно возникновение реакций гиперчувствительности. **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ:** Не следует запивать горячими напитками и принимать одновременно с алкоголем. Применение при беременности и в период лактации считается безопасным. Материал предназначен для медицинских (фармацевтических) работников.

Рег. Номер: ЛП-001920.

Рег. Номер: П N012084/01. RU1508371724

ЗАО «Сандоз», 125315, Москва, Ленинградский проспект,
д. 72, корп. 3, тел.: +7 (495) 660 7509; www.sandoz.ru

Реклама

 **SANDOZ**
a Novartis company

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ

ООО «ТНК СИЛМА», Россия

115573, Москва, ул. Шипиловская, д. 50, корп. 1, стр. 2

телефон: +7 (495) 223-91-00

электронная почта: contact@enterosgel.ru

www.enterosgel.ru



ООО «ТНК Силма» – российская компания, занимающаяся производством оригинальных лекарственных средств на основе кремнийорганических соединений. С 1994 г. на предприятии был налажен промышленный выпуск препарата «Энтеросгель», предназначенного для лечения токсических состояний, коррекции микробиоценоза, восстановления эпителия слизистых оболочек и других тканей организма.

За счет своих уникальных свойств Энтеросгель применяется в различных областях медицины.

Такеда Россия-СНГ, Россия

Страна происхождения: Япония

Москва, ул. Усачева, д. 2, стр. 1, БЦ «Фьюжн Парк»

телефон: +7 (495) 933-55-11

факс: +7 (495) 502-16-25

электронная почта: russia@takeda.com

www.takeda.com

Официальный
спонсор



«Такеда» – основанная на исследованиях и разработках глобальная компания с основным фокусом на фармацевтике. Объединенная компания имеет активное коммерческое присутствие в терапевтических областях, таких как метаболические заболевания, гастроэнтерология, онкология, кардиоваскулярные заболевания, заболевания центральной нервной системы, воспалительные заболевания и иммунные нарушения, респираторные заболевания и обезболивание.

Представительство компании ООО «ТЕВА», Израиль

115054, Москва, ул. Валовая, д. 35, БЦ «Wall Street»

телефон: +7 (495) 644-22-34

факс: +7 (495) 644-22-35

электронная почта: info@teva.ru

www.teva.ru



ООО «ТЕВА» – один из лидеров мировой фармацевтической индустрии. Компания стремится повысить доступность качественного здравоохранения за счет разработки, производства и продвижения на рынке воспроизведенных лекарственных средств (дженериков), а также инновационных и специализированных препаратов и активных фармацевтических субстанций. ТЕВА является ведущим мировым производителем воспроизведенных лекарственных средств, штаб-квартира компании расположена в Израиле. Продуктовый портфель компании составляет более 1000 молекул, а ее отделения работают в 60 странах.

ООО «Фрезениус Каби», Россия

125167, Москва, Ленинградский проспект, д. 37, корп. 9

телефон: +7 (495) 988-45-78

факс: +7 (495) 988-45-79

электронная почта: freka@fresenius-kabi.ru

www.fresenius-kabi.ru, www.fresenius-kabi.com

Фрезениус Каби является мировым лидером, ведущим разработчиком и производителем препаратов клинического питания, инфузионной и химиотерапии, также постоянно внедряет новые технологии в области анестезиологии, неотложной медицины, интенсивной терапии критических состояний, нефрологии, онкологии.

Фрезениус Каби создает продукты и технологии, необходимые людям для лечения и спасения пациентов как в критических ситуациях, так и для медицинской помощи хронически больным людям в стационаре и на дому. Ряд препаратов компании являются уникальными, широко применяются в клинической практике, в том числе и для лечения хронической почечной недостаточности – Кетостерил® (оптимальный комплекс всех незаменимых L –аминокислот и их кетоаналогов). Вельфоро® – первый, не содержащий кальций, фосфат – связывающий препарат на основе железа, представляет новый метод контроля над гиперфосфатемией.



Лабораторная служба Хеликс

телефон: +7 (800) 700-03-03

www.helix.ru

Лабораторная служба Хеликс работает в сфере лабораторной диагностики с 1998 года. На сегодняшний день Компания выполняет более 1500 наименований исследований для более чем 1000 частных и государственных медицинских учреждений; оказывает услуги клиентам в 97 городах России, имеет 3 технологических площадки площадью более 4 500 кв. м. в Москве, Санкт-Петербурге и Екатеринбурге. Ежемесячно лабораториями выполняется в общей сложности более 1 000 000 исследований. Под брендом Хеликс открыто более 190 розничных точек на всей территории России.



Журнал «Терапия»

117420, г. Москва, Профсоюзная ул., 57, подъезд 3
телефон: +7 495 334-43-88, доб. 224
электронная почта: therapy@bionika-media.ru

Информационный спонсор

«Терапия» – научно-практический рецензируемый журнал; с 2015 года является официальным изданием Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ). Главный редактор – президент РНМОТ, академик РАН, профессор А.И. Мартынов. Заместитель главного редактора – генеральный секретарь РНМОТ, д.м.н., профессор А.А. Спасский.

Журнал «Терапия» ставит целью содействие наиболее полному и всестороннему развитию отечественного здравоохранения, медицинской науки и образования, профессиональному росту медицинских работников, ведущих научно-исследовательскую, преподавательскую и практическую работу в области терапии и смежных дисциплин. Каждый номер журнала является тематическим и посвящен определенной медицинской специализации. Целевая аудитория: терапевты амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений, врачи общей практики, узкие специалисты. В журнале «Терапия» публикуются оригинальные статьи, обзоры литературы, лекции, клинические разборы, рецензии на вновь вышедшую специализированную литературу.



Газета «Медицинский вестник», Россия

117420, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон: +7 (495) 786-25-57
факс: +7 (495) 334-22-55
электронная почта: reklama@bionika-media.ru
www.medvestnik.ru

Информационный спонсор

Газета российского врача «Медицинский вестник» – уникальное сочетание материалов клинического и информационно-аналитического характера. На страницах газеты – новости здравоохранения и медицины, горячие дискуссии по наиболее актуальным проблемам, аналитические обзоры, зарубежный опыт, ответы на вопросы читателей, клинические разборы, алгоритмы лечения, информация о новых медицинских технологиях.

Актуальное информационное издание для профессионалов, работающих в здравоохранении – практикующих врачей различных специальностей, заведующих отделениями, главных врачей, руководителей федерального и регионального здравоохранения.

«Медицинский вестник» – профессионально, доступно, исчерпывающе о здравоохранении и медицине. События, факты, комментарии. В «Библиотеке врача» на портале www.medvestnik.ru Вы найдете список нужной специализированной литературы, более 10 000 профессиональных статей, более 10 специализированных изданий, более 20 специализаций и др.

Тираж: 25 000 экземпляров. Периодичность: 36 номеров в год.

МЕДИЦИНСКИЙ
ВЕСТНИК

Журнал «iDoctor», Россия

117420, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон: +7 (495) 786-25-57
факс: +7 (495) 334-22-55
электронная почта: reklama@bionika-media.ru
www.idbionika.ru

Информационный спонсор

iDoctor – современный журнал поликлинического врача.

В каждом номере издания публикуются статьи, ориентированные на разные специальности, как правило, их не менее восьми (кардиология, гастроэнтерология, педиатрия, хирургия, онкология, дерматология, неврология, пульмонология, гинекология и т.д.).

Помимо статей о заболеваниях и методах лечения, размещаются статьи на тему этики и психологии взаимодействия с пациентами и коллегами, а также статьи, затрагивающие кадровые и юридические вопросы, конкурсы и примеры клинических случаев.

Тираж – 25 000 экз.

iDOCTOR

ПОДПИСКА

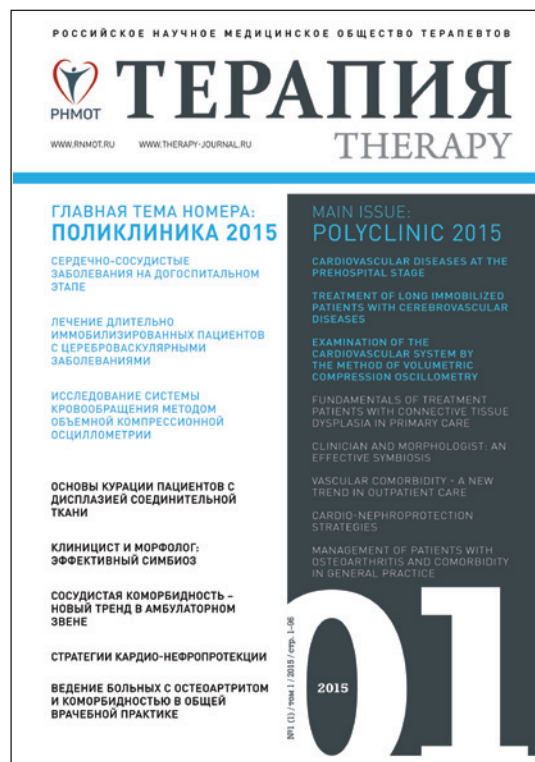
ТЕРАПИЯ

www.bionika-media.ru

«Терапия» – научно-практический рецензируемый журнал, с 2015 года официальное издание Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ). Главный редактор журнала – президент РНМОТ, академик РАН, д.м.н., профессор А.И. Мартынов.

Каждый номер журнала является тематическим и посвящен определенной медицинской специализации (кардиология, неврология, гастроэнтерология, ревматология, эндокринология и т.д.).

В журнале «Терапия» публикуются оригинальные статьи, обзоры литературы, лекции, клинические разборы, рецензии на вновь вышедшую специализированную литературу.



Уважаемые читатели!

Предлагаем вам оформить подписку на журнал «Терапия» с любого выпуска непосредственно в Издательском доме «Бионика Медиа». Это удобная своевременная доставка и выгодные условия.

Стоимость подписки на 2016 год:

Годовая подписка

Первое полугодие

1 260 руб. 60 коп.

693 руб. 00 коп.

Оформить подписку вы можете на портале www.bionika-media.ru

или обратившись по телефону **8 (495) 332-02-63**

и по e-mail: subscription@bionika-media.ru

Наши менеджеры помогут подобрать вам удобную форму доставки издания и подготовят необходимые документы.

Оформить подписку на 2016 год можно в любом почтовом отделении

по каталогу «Газеты и журналы» Агентства Роспечать

80346 (полугодовая)

Журнал «Фарматека», Россия

117420, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон: +7 (495) 786-25-57
факс: +7 (495) 334-22-55
электронная почта: reklama@bionika-media.ru
www.pharmateca.ru

Информационный
спонсор

Публикует материалы по общим и частным проблемам фармакотерапии различных заболеваний, предназначен для практикующих врачей различных специальностей и клинических фармакологов. Журнал «Фарматека» – это:

актуальные клинические обзоры;
руководства и рекомендации ведущих специалистов по диагностике и лечению заболеваний;
публикация результатов новейших клинических исследований;
обсуждение вопросов оптимизации фармакотерапии;
методологическое обоснование применения лекарственных средств;
круглые столы по актуальным медицинским проблемам;
фоторепортажи с медицинских мероприятий – конгрессов, симпозиумов, форумов
новости научного сообщества;
освещение вопросов регистрации лекарственных средств, регулирования лекарственного рынка, безопасности применения лекарств.
Тираж 25 350 экз. Сертифицирован Национальной тиражной службой.
Периодичность – 20 номеров в год.
Объем от 80 полос.

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
ФАРМАТЕКА

Журнал «Клиническая медицина и фармакология»

300034. Тула, ул. Демонстрации, д.149, оф.21
Телефон: 8(4872)50-86-06
E-mail: Innov-invest@yandex.ru
www.clinmedfarm.i-eu.ru

Научно-практический и информационно-аналитический рецензируемый медицинский журнал
ISSN 2409-3750.

Св-во о рег. СМИ ПИ № ФС77-58577 от 14.07.2014 выд. Роскомнадзором.

Издается с 2015 года. Периодичность – один раз в 3 месяца.

На страницах журнала публикуются обзоры, лекции, результаты оригинальных исследований, клинические наблюдения по наиболее актуальным проблемам современной медицины, а также материалы научно-практических конференций.

Журнал предназначен для врачей всех специальностей, аспирантов, клинических ординаторов и студентов старших курсов медицинских вузов.

Издание представлено в Научной электронной библиотеке на сайте eLIBRARY.RU. Статьи журнала индексируются в РИНЦ.

Расылка печатной версии осуществляется в центральные библиотеки и ведущие медицинские вузы РФ. Учредители: ООО «Информационно-издательский центр «Инновации и инвестиции».

**КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА
И ФАРМАКОЛОГИЯ**
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Газета «Московские аптеки», Россия

109456, г. Москва, ул. Яснополянская, д. 3, корп. 1
телефон: +7 (499) 170-93-20
факс: +7 (499) 170-93-20
электронная почта: info@mosapteki.ru
www.mosapteki.ru

«Московские аптеки» – газета для профессионалов фармацевтического бизнеса. Выходит с 1995 года. В каждом номере:

Актуальные темы отрасли;
Мнение экспертов фармбизнеса;
Мониторинг и рейтинги фармрынка;
Обзор аптечного ассортимента;
Бизнес-тренинги и консультации для руководителей и работников аптек.

**МОСКОВСКИЕ
Аптеки**
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

ООО «Медицинское Маркетинговое Агентство «МедиаМедика»

Россия, 115054, г. Москва, Жуков проезд, дом 19
телефон/факс: +7 (495) 926-29-83
электронная почта: media@con-med.ru
www.con-med.ru

ООО «Медицинское Маркетинговое Агентство «МедиаМедика» выпускает периодические издания для последипломного образования врачей различных специальностей: журнал «Consilium Medicum», приложения «Consilium Medicum» – «Неврология», «Педиатрия», «Хирургия», «Гастроэнтерология», «Болезни органов дыхания», «Дерматология»; журналы «Справочник поликлинического врача», «Системные гипертензии», «Кардиосоматика», «Гинекология», «Современная Онкология», «Психиатрия и психофармакотерапия», «Психические расстройства в общей медицине», «Справочник провизора», «Инфекции в хирургии»; газеты «Участковый терапевт», «Участковый педиатр», «Газета Невролога», «Дневник психиатра», «Кардиогазета», «ЖКТ», «Женская консультация», «Первостольник», «Dental Tribune»; а также книги, справочники и методические руководства. Все специализированные издания распространяются бесплатно.



Информационный портал – Medconf.ru

электронная почта: info@medconf.ru
medconf.ru



Medkonf
medical exhibitions
& conferences

«Medconf» – российский интернет-портал, который содержит актуальную информацию о предстоящих медицинских конференциях и выставках, а также о мероприятиях, связанных с биологией, химией и смежными науками, и дисциплинами.

Ресурс создан для популяризации науки и для того, чтобы все интересующиеся могли узнать, что сейчас происходит на ниве научных исследований и найти актуальную информацию о мероприятиях и участниках, медицинских учебных заведениях, о фармацевтических компаниях и производителях медицинской техники и изделий.

На сайте medkonf.ru имеется архив завершенных событий и раздел с фото- и видеотчетами и краткими резюме прошедших событий.

Клуб практикующих врачей

109012 Москва, ул. Ильинка, д.4
Гостиный Двор, Бизнес центр «Деловой», офис 2102
телефон: +7 (495) 249-90-35
электронная почта: info@ivrach.com
www.ivrach.com



Клуб практикующих врачей

Клуб практикующих врачей iVrach – это профессиональная врачебная сеть, объединяющая элиту практической медицины из ближнего и дальнего зарубежья. С 2012 года входит в международный альянс врачебных сетей Networks in Health.

Основные задачи Клуба – способствовать профессиональному общению и повышению качества информационного обеспечения докторов. На сайте публикуется информация по безопасности лекарств, клинические разборы, в рамках «Журнального Клуба» обсуждаются научные публикации. Также врачам предлагается бесплатный курс изучения медицинского английского.

Медицинский портал Medego.ru

телефон: +7 (495) 979-72-17
электронная почта: info@medego.ru
medego.ru



Деятельность портала Medego.ru направлена на предоставление максимально подробной информации о медицинских мероприятиях, проводимых в России, странах СНГ и по всему миру, и новостях мира медицинского оборудования. Одним из стратегических направлений развития сайта является создание наиболее полного каталога медицинского оборудования отечественного и импортного производства, а также каталога компаний и лечебных учреждений.

Общероссийская социальная сеть «Врачи РФ»

123007, г. Москва, 5-я Магистральная ул., д. 12

телефон: +7 (495) 258-97-03

электронная почта: info@vrachirf.ru

www.vrachirf.ru

«Врачи РФ» – первая Российская система e-Детейлинг 2.0, объединяющая более 470 тыс. профессионалов в медицине и фармацевтике с наибольшими одноименными группами в популярных соц. сетях, а также крупнейшей именной базой e-mail контактов. Сообщество «Врачи РФ» входит в состав инновационного фонда «Сколково». <http://vrachirf.ru>

«Vrachi RF» is the first edetailing 2.0 system in Russia with the audience of over 470K MDs, the largest groups in Facebook, Odnoklassniki, V Kontakte, and the largest personal doctors' emails data base on the market. «Vrachi RF» is an active member of «Skolkovo Foundation».



Социальная сеть и образовательный портал «Врачи Вместе» Vrachivmeste.ru

Редакцией портала на сегодняшний день подготовлено более 1000 эксклюзивных обучающих видео для врачей разных специальностей. На сайте регулярно проходят трансляции в режиме онлайн с возможностью задать вопросы лекторам. Здесь врачи могут получать важную и актуальную информацию: узнавать о предстоящих медицинских конференциях и форумах, просматривать вакансии врача и публиковать резюме врача, делиться профессиональным опытом, высказывать свое мнение, общаться с коллегами, смотреть медицинское видео и участвовать в трансляциях.

Сейчас портал www.Vrachivmeste.ru объединяет 60 тыс. специалистов. Присоединяйтесь к коллегам!





135
лет

со дня рождения
В.Ф. Зеленина

- 19-20 мая, **Ставрополь** III Съезд терапевтов Северо-Кавказского федерального округа
www.stavropol2016.rnmot.ru
- 26-27 мая, **Ярославль** XXIV Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.yaroslavl2016.rnmot.ru
- 9-10 июня, **Нальчик** XXV Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.nalchik2016.rnmot.ru
- 22-23 сентября, **Якутск** II Съезд терапевтов Республики Саха (Якутия)
www.yakutsk2016.rnmot.ru
- 29-30 сентября, **Самара** XXVI Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.samara2016.rnmot.ru
- 4-5 октября, **Новосибирск** V Съезд терапевтов Сибири и Дальнего Востока
www.novosibirsk2016.rnmot.ru
- 20-21 октября, **Саранск** XXVII Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.saransk2016.rnmot.ru
- 27-28 октября, **Екатеринбург** III Съезд терапевтов Уральского федерального округа
www.ural2016.rnmot.ru
- 23-25 ноября, **Москва** XI Национальный конгресс терапевтов
www.congress2016.rnmot.ru
- 15-16 декабря, **Чебоксары** XXVIII Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.cheboksary2016.rnmot.ru


2016

Подробности на сайте www.rnmot.ru

Оргкомитет:

117420, Москва, а/я 1
телефон: +7 (495) 518-26-70
электронная почта: mail@interforum.pro
www.rnmot.ru

Конгресс-оператор:

 ООО «КСТ Интерфорум»
Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон: +7 (495) 722-64-20
электронная почта: mail@interforum.pro
www.rnmot.ru

Содержание

Ишемическая болезнь почек в амбулаторной практике. Агранович Н.В., Кнышова С.А.	49
Вопросы коморбидности при подагре. Айрапетян Л.А., Щендригин И.Н.	49
Состояние проницаемости тонкой кишки при первичном билиарном циррозе. Акберова Д.Р., Абдулганиева Д.И., Мухаметова Д.Д., Одинцова А.Х., Кошкин С.А.	50
Клинико-патогенетическое значение антител к ксантинооксидазе в развитии иммунопатологических реакций при системной красной волчанке, ревматоидном артрите и системной склеродермии. Александров А.В., Алехина И.Ю., Александров В.А., Шилова Л.Н., Александрова Н.В., Зборовский А.Б.	50
Влияние общей магнитотерапии на некоторые показатели психологического статуса больных анкилозирующим спондилитом. Александров А.В., Ненашева Н.В., Александрова Н.В., Зборовская И.А.	51
Динамика физической работоспособности и когнитивных функций пациентов, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования, на втором этапе реабилитации. Александров П.В., Перепеч Н.Б., Зобенко И.А.	52
Кардиореабилитация на курорте и телеметрический контроль ЭКГ с применением технологий GPS-навигации и GPRS-связи. Амиянц В.Ю., Ефименко Н.В., Ахметшина И.В., Синютин С.А.	52
Опыт применения эксенатида у больных сахарным диабетом 2 типа с ожирением и гастрорезофагеальной рефлюксной болезнью. Андреева Е.И., Унанова И.А.	53
Пути сохранения здоровья лиц пожилого и старческого возраста. Анопченко А.С., Агранович Н.В., Кнышова С.А.	53
Частота и характер внешних фенотипических признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани у лиц подросткового возраста с гастрорезофагеальной рефлюксной болезнью. Батаев Х.М., Шихнабиева М.Д.	54
Возможности диагностики лекарственной непереносимости in vitro. Батурин В.А., Батурина М.В., Малашенкова Т.Е., Мамцева Г.И., Грудина Е.В.	54
Региональные изменения характера микрофлоры у амбулаторных пациентов с инфекционной патологией нижних дыхательных путей. Батурин В.А., Щетинин Е.В., Малыхин Ф.Т.	55
Вирусные гепатиты у детей с терминальной почечной недостаточностью. Бегимбетова Р.С., Чингаева Г.Н., Салимова С.С., Карибаева Д.О.	55
Комплексная терапия больных стенокардией напряжения II III функциональных классов с эпизодами безболевого ишемии миокарда. Бедельбаева Г.Г., Нурмаханова Ж.М., Мухамбетьярова С.А.	56
Ранние маркеры поражения почек при метаболическом синдроме. Бейбалаева А.Т., Маммаев С.Н., Каримова А.М.	56
Ранняя диагностика интерстициальных болезней легких. Бекетов В.Д., Мухин Н.А.	57

Показатели гликированного гемоглобина и гликемии у пациентов с сахарным диабетом, получающих лечение программным гемодиализом. Белова Н.Г., Маркова А.С., Сумкина О.Б., Коровина И.В., Бородина Л.В.	57
Эффективность интрапульмональной перкуссионной вентиляции легких как метода респираторной терапии, обеспечивающего дренаж трахеобронхиального секрета у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в обострении. Белых Е.В., Бабак С.Л., Горбунова М.В., Малявин А.Г.	58
Особенности диагностики коморбидных состояний у пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Бледнова А.Ю., Елисеев Л.Н., Сирунянц А.А., Бочарникова М.И.	58
Эффективность профилактического консультирования в группе пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском среди сельской популяции Краснодарского края. Болотова Е.В., Комиссарова И.М.	59
Случай AL-амилоидоза при миеломной болезни, дебютировавший гастропатией, рефрактерной артериальной гипотонией, тромбоцитозом. Бородина Л.В.	60
Обоснование полного лабораторно-инструментального обследования у больных с диабетической нефропатией для исключения других этиологических факторов нефропатий. Бородина Л.В., Белова Н.Г., Маркова А.С., Болурова А.Р.	60
Оценка факторов риска прогрессирования хронической болезни почек у больных сахарным диабетом II типа. Бородина Л.В., Белова Н.Г., Маркова А.С., Шелудько Е.А., Болурова А.Р.	61
Гиперкальциемия как дебют миеломной болезни. Бородина Л.В., Козакова С.А., Шелудько Е.А., Болурова А.Р., Сердюков В.Н., Шелудько К.Ф.	61
Случай поздней диагностики периодической болезни, осложнившейся AA-амилоидозом. Бородина Л.В., Рыбас А.В., Болурова А.Р., Шелудько К.Ф.	62
Роль врачей общей практики в ведении больных, находящихся на программном гемодиализе. Бородина Л.В., Шелудько Е.А., Болурова А.Р., Шелудько К.Ф.	62
Полиморфизм гена ITGA2 у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий с низким риском тромбоземболических осложнений. Булгакова Н.Е., Колесников В.Н., Байкулова М.Х., Беловолова Т.И., Власянц Е.А., Дерева М.В., Игнатенко И.В., Кривенко Н.Н., Боева О.И.	63
Влияние лазерной терапии на кислородзависимую цитотоксичность нейтрофилов у больных внебольничной пневмонией. Бурдули Н.М., Габуева А.А.	63
Динамика липидного спектра крови у больных остеоартрозом с кардиоваскулярными рисками при лечении комбинированной терапией. Васильева Л.В., Евстратова Е.Ф., Никитин А.В., Бурдина Н.С.	64
Возможности метформина в терапии метаболического синдрома у больных ревматоидным артритом: влияние на показатели липидного спектра крови. Васильева Л.В., Лахин Д.И.	64
Метаболические нарушения у больных ишемической болезнью сердца и их коррекция с помощью ингибитора ангиотензинпревращающего фермента. Васильева Л.В., Никитин А.В., Жемчужников С.В., Васильева Е.М., Булуева Х.А.	65
Особенности диагностики и лечения хронической болезни почек у пациентов с ИБС в условиях II терапевтического отделения БУЗ РБ ГКБ №5. Васильева Л.Ю.	66
Распространенность и предикторы гипонатриемии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Ватутин Н.Т., Шевелёк А.Н., Загоруйко А.Н.	66

Типичные ошибки ведения больных хронической обструктивной болезнью легких на амбулаторном этапе. Видякина Е.Э., Мальчикова С.В.	67
Электрокардиографический фенотип интервала qt у пациентов с пролапсом митрального клапана и другими малыми аномалиями сердца. Гладких Н.Н., Григорян Я.С., Новикова М.В., Мисходжева З.А.	67
Взаимосвязь уровня аутоантител к коллагену с гипермобильностью суставов у пациентов с пролапсом митрального клапана. Гладких Н.Н., Харченко Д.П., Попова И.П.	68
Тромбоксан-простацikliновый баланс и степень митральной регургитации у пациентов с пролапсом митрального клапана. Гладких Н.Н., Ягода А.В., Фаянс И.В., Чепенко О.С.	69
Сравнительная характеристика суточных температурных ритмов у пациентов, страдающих ревматоидным артритом, и клинически здоровых лиц. Голубцова Т.С., Лыкова Н.С., Прибылова С.А., Керова И.Р., Юдина Е.Е., Хохлов М.П., Пигузов В.А.	69
Результаты лечения локтевых бурситов с использованием криотерапии. Горбунова М.Л., Крылов А.В., Попова Н.А., Кукош М.А.	70
Ятрогенная сердечно-сосудистая коморбидность при туберкулезе легких на фоне химиотерапии: новые междисциплинарные возможности кардио-мониторинга, превентивной профилактики и лечения. Горюнчик С.Д., Красовицкая К.А., Черкашин Е.А., Чубарян В.Т.	70
Патология щитовидной железы у пациентов с различными стадиями хронической болезни почек. Григорян З.Э., Шелудько К.Ф., Гончарова А.Ю., Калашникова К.С., Якушева Л.А.	71
Фармакокинетический подход к персонализации антигипертензивной фармакотерапии. Гридина С.А.	72
Поражение сердца у больных с анкилозирующим спондилитом. Гулиева Г.И.	72
Регистр по проблеме фибрилляции предсердий у больных хронической сердечной недостаточностью: результаты участия г. Астрахань. Демидов А.А., Ибрагимова Д.М., Курмаева А.Ш., Прокопенко Н.А., Колужная Н.В.	73
Динамика аритмологического статуса пациентов с дисплазией соединительной ткани: результаты среднесрочного периода наблюдения. Джазаева М.Б., Зангелова Т.Э., Гладких Н.Н.	73
Стрессогенная артериальная гипертензия и фенотип у лиц трудоспособного возраста. Евсевьева М.Е., Иванова Л.В., Вязова А.С., Борлакова Д.М., Барабаш И.В., Щебакова Л.Е.	74
Диспаластические фенотипы и клинические синдромы в аспекте диспансерного наблюдения студентов. Евсевьева М.Е., Ростовцева М.В., Барабаш И.В., Самсонова В.С., Горьковенко М.В., Слеткова Д.А.	74
Особенности госпитального этапа острого инфаркта миокарда в Ростовской области. Заковряшина И.Н., Хаишева Л.А., Шлык С.В., Самокаев А.С., Гридасова Р.А., Суроедов В.А.	75
Сахарный диабет 2 типа как предиктор неблагоприятного течения ишемической болезни сердца у мужчин старше 65 лет. Знаменская И.А., Минасова Е.Н., Веденева Е.В., Еременко А.М., Ромашкина Т.В., Григорян Я.С., Беловолова Т.И.	76
Первичная узловатая эритема (УЭ): характер течения и клинические особенности в зависимости от этиологического фактора. Ивахненко О.И., Антипов В.В., Ивахненко Л.И.	76
Оценка эффективности карведилола на процессы ремоделирования сердца у больных хронической сердечной недостаточностью. Камилова У.К., Алиева Т.А.	76
Важность холтеровского мониторирования ЭКГ и АД пациентов со стенозом сонных артерий и головокружением. Кардашевская Л.И., Михайличенко Е.С., Марусиченко Е.А.	77

Гендерные различия клинических проявлений хронической обструктивной болезни легких. Карпухина Е.П., Васильева Л.В., Никитин В.А.	77
Роль полиморфизма Met235Thr гена AGT в формировании хронической сердечной недостаточности у жителей Республики Дагестан. Касаева Э.А., Маммаев С.Н., Заглиева С.С.	78
Особенности жирнокислотного обмена сыворотки при нарушениях функционального состояния печени у больных хроническим холециститом. Кнышова В.В., Денисенко Ю.К., Шейкина А.И., Новгородцева Т.П.	79
Этоксидол в терапии хронической сердечной недостаточности. Козакова С.А., Карслиева М.В., Стамо Э.В.	79
Качество жизни у больных ревматоидным артритом. Корой П.В., Саритхала В.Д., Ягода А.В., Гладких Н.Н.	80
Индекс массы тела и особенности клинических проявлений неалкогольной жировой болезни печени у пациентов с метаболическим синдромом. Королик О.Д., Або Халави А.Ю., Панчишкина О.С.	80
Коррекция качества жизни у больных ревматоидным артритом с гипертонической болезнью с помощью использования в комбинированной терапии препарата тенотен. Кудинова Е.В., Васильева Л.В.	81
Сложность клинической интерпретации результатов лабораторных анализов при использовании различных методик. Кулешова С.В., Москалева С.П., Зорина Л.В., Минушкина Л.О.	82
Высокая эффективность неинвазивной технологии фитолазерофорез в лечении хронических патологий. Купеев Р.В., Касаева Е.В., Купеев В.Г.	82
Диагностика поражения сердца у больных легочным саркоидозом. Лебедева М.В., Попова Е.Н., Таранова М.В.	83
Клинико-диагностическое значение исследований антиоксидантного статуса и цитокиновой регуляции при внебольничной пневмонии. Левитан Б.Н., Орлов М.А., Орлова А.В., Иванов А.Л.	83
Влияние дроспиренона на миокард овариоэктомированных крыс в условиях экспериментальной сердечной недостаточности. Лискова Ю.В., Саликова С.П.	84
Клинический случай деформирующей артропатии кистей (синдром жаку) у больной с системной красной волчанкой. Лучкина О.Е., Щендригин И.Н., Журавлева И.В.	84
Некоторые аспекты рациональной терапии больных подагрой в поликлинике. Майко О.Ю., Иванова К.В.	85
Качество жизни больных хроническими диффузными заболеваниями печени. Максимова С.С., Донская А.А., Семенов С.И., Иванова О.С.	85
Диагностика и прогноз при артериальной гипертензии первой степени. Мангилева Т.А.	86
Эффективность и безопасность применения торасемида у больных хронической сердечной недостаточностью на фоне ишемической болезни сердца, ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа. Маренина Т.В., Терентьева Н.Н., Попова М.А.	86
Изучение влияния комплексного лечения цинакальцетом (Мимпара) и парикальцитолом (Земплар) на показатели кальций-фосфорного обмена у больных с вторичным гиперпаратиреозом, находящимся на диализном лечении. Маркова А.С., Белова Н.Г., Коровина И.В., Сумкина О.Б., Бородина Л.В.	87

Эффективность антихеликобактерной терапия локализованных стадий MALT-лимфомы желудка. Марченко Я.М.	87
Аминотрасферазы и индекс массы тела: гетерогенные взаимосвязи у мужчин с неалкогольной жировой болезнью печени, ишемической болезнью сердца и метаболическим синдромом. Матвеев В.А., Матвеева С.А.	88
Ожирение и психоэмоциональные особенности личности. Меликян И.А., Чернышова Т.Е., Савельева Т.В., Иванов Л.А.	88
Оценка метаболических нарушений у молодых лиц при скрининговом обследовании. Никитин А.В., Васильева Е.М., Булат А.А., Жемчужников С.В.	89
Опыт использования комбинаций ингаляционных глюкокортикостероидов и β_2 -агонистов для достижения контроля над бронхиальной астмой. Никитин А.В., Лепухова О.А., Карпухина Е.П., Васильева Л.В.	89
Клиническая эффективность магнитолазерной терапии в лечении язвенной болезни желудка и эрадикации <i>Helicobacter pylori</i> . Никитин А.В., Малюков Д.А., Михеева Е.С., Матюхин А.А.	90
Оценка активности воспалительного процесса при язвенном колите по динамике кальпротектина. Никитин А.В., Матюхин А.А., Мордасова В.И., Латышева М.Н.	90
Структурно-функциональные нарушения миокарда при коморбидности хронической обструктивной болезни легких и ишемической болезни сердца. Никитин В.А., Булуева Х.А., Васильева Л.В., Гостева Е.В.	91
Эффективность экспекторации мокроты с помощью физиотерапевтических методов. Никитин В.А., Попов А.В., Титова Л.А., Васильева Л.В.	91
Оценка реабилитационного потенциала больных с сосудистой коморбидностью. Никулина Г.П., Дубовой Р.М., Казакова Л.П., Чортонасова А.В., Сиволапова М.С.	92
Влияние сосудистой коморбидности на эффективность реабилитационного лечения больных молодого и среднего возраста. Никулина Г.П., Дубовой Р.М., Казакова Л.П., Чортонасова А.В., Сиволапова М.С., Никулин В.Ю.	93
Оценка динамики некоторых эндотелиальных биомаркеров на фоне терапии ревматоидного артрита инфликсимабом при функциональных почечных нарушениях. Оранский С.П., Елисеева Л.Н.	93
Клинико-функциональная эффективность применения метопролола в медицинской реабилитации больных инфарктом миокарда. Орлова А.В., Левитан Б.Н., Баркова Н.Ф., Орлов М.М., Иванов А.Л.	94
Возможности раннего выявления сенсорных форм полинейропатии у лиц с ожирением и метаболическим синдромом. Осепьянц В.Г., Санеева Г.А., Францева А.П., Карпов С.М.	94
Особенности факторов риска развития и прогрессирования хронической болезни почек у женщин при ревматоидном артрите. Осипова И.В., Стародубова Ю.Н., Сопотова И.В.	95
Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в различных возрастных группах пациентов центра здоровья г. Краснодар. Османова Р.Р., Мельникова Н.Ю., Тихомирова Н.Ю., Белозерова Н.П.	95
Инсулиноподобный фактор роста-1 и фактор некроза опухоли- α у больных язвенным колитом. Павленко В.В., Урсова Ф.И., Есенева Г.А., Александрова С.Б., Кораблина Н.В.	96
Опыт применения препаратов гиалуроновой кислоты в лечении гонартроза. Павлова А.Б., Кнухова З.Н., Кубаева З.К., Узденова Л.М.	96

Опыт лечения ревматоидного артрита препаратами Ритуксимаб и Инфоиксимаб в кабинете терапии генно-инженерными биологическими препаратами за 10 лет. Павлова А.Б., Узденова Л.М., Кнухова З.Н., Кубаева З.К.	97
Вопросы выбора опиоидных анальгетиков в практике врача-терапевта. Палехов А.В., Введенская Е.С.	97
Оценка иммунного статуса у больных алкогольным гепатитом. Парамонова О.В., Коренская Е.Г., Маслакова Л.А.	98
Синдром метаболической интоксикации как причина формирования осложнений у больных бронхиальной астмой, коморбидной с артериальной гипертензией. Победенная Г.П.	98
Современные подходы к дифференциальной диагностике синдрома бронхиальной обструкции. Победенная Г.П., Скиба Т.А.	99
Профилактика ишемического инсульта у амбулаторного пациента с фибрилляцией предсердий. Данные регистра РЕКВАЗА ФП Ярославль. Позднякова Е.М., Якусевич В.Вл.	99
Психофизиологическое состояние пациентов с нарушениями дыхания во сне. Попова Н.А., Шкарин В.В., Горбунова М.Л.	100
Опыт применения ударно-волновой терапии при остеоартрозе коленных суставов. Пярых Е.А., Розенков С.А.	100
Современные вопросы терапии в практике врача поликлиники, пребывание в дневном стационаре. Разницына Н.С.	101
Сравнительный анализ частот генотипов шести однонуклеотидных. Романова Т.А., Максимов В.Н., Воевода М.И.	101
Анализ диспансерного наблюдения пациентов с дисплазией соединительной ткани. Рубанова Н.А.	102
Характеристика аритмического синдрома у молодых пациентов с дисплазией соединительной ткани. Рубанова Н.А.	102
Бета-2-микроглобулин у больных хронической обструктивной болезнью легких с системной дисплазией соединительной ткани. Рыбас А.В., Ягода А.В.	103
Микроэлементы сыворотки крови у больных хроническими гепатитами. Савельева Т.В., Эшмаков С.В., Чернышова Т.Е., Ежов А.В.	103
Динамика изменений электрокардиограммы у пациентов с патологией кровотока. Самарина И.Н., Горбунова М.Л., Попова Н.А.	104
Подходы к диагностике и коррекции гипоземиев при синдроме гипермобильности суставов. Санеева Г.А.	104
Благотворное влияние биологической терапии на иммуновоспалительные отклонения при ревматоидном артрите. Саритхала В.Д., Ягода А.В., Корой П.В., Гладких Н.Н.	105
Вирусный гепатит С в патологии печени в Якутии. Семенов С.И., Максимова С.С., Тихонова Н.Н., Никитина С.Г.	105
Удовлетворенность материально-техническим оснащением стационара и поликлиник: опрос пациентов кардиологического стационара. Семенова О.Н., Наумова Е.А., Булаева Ю.В.	106

Клинико-морфологические параллели у больных хронической обструктивной болезнью легких, сочетанной с деформирующим остеоартрозом. Скиба Т.А.	106
Соотношение клинической и патоморфологической оценок повреждения почек у пациентов с инфарктом миокарда. Скородумова Е.А., Костенко В.А., Ильина В.А., Сиверина А.В., Фёдоров А.Н., Ляховец Е.Г.	107
Особенности предгипертонии и артериальной гипертензии при ревматоидном артрите у женщин. Стародубова Ю.Н., Осипова И.В., Сопотова И.В.	108
Вклад факторов риска в развитие сердечно-сосудистых заболеваний при ревматоидном артрите у женщин. Стародубова Ю.Н., Осипова И.В., Сопотова И.В.	108
Анализ опыта эффективной профилактики венозных тромбозных осложнений у пациентов пожилого и старческого возраста с коморбидной патологией после эндопротезирования суставов нижних конечностей. Стешина Т.Э., Шаповаленко Т.В., Лядов К.В.	109
Применение лазерной терапии в комплексном лечении больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Тадтаева Д.Я., Бурдули Н.М.	109
Метаболический синдром и его структура у больных хроническими и острыми формами ИБС с сопутствующими ХОБЛ в условиях Севера. Терентьева Н.Н., Маренина Т.В., Попова М.А.	110
Влияние физических нагрузок на уровень провоспалительных цитокинов у лиц молодого возраста с признаками дисплазии соединительной ткани. Тихомирова Н.Ю., Елисеева Л.Н., Харитоновна И.А., Федак С.В., Мизина Ю.С., Яковлева Е.В.	110
Оценка воспалительной нагрузки при холбл путем определения содержания в крови маркеров воспаления. Толстых Е.М., Никитин В.А., Попов А.В.	111
Частота коморбидной патологии в зависимости от тяжести ишемической болезни сердца. Усачева Е.В., Бунова С.С., Нелидова А.В., Замахина О.В.	111
Причины и факторы риска смерти при сахарном диабете. Филатова Т.Е., Асфандиярова Н.С., Журавлева Н.С., Шатрова И.В.	112
Опыт лечения гипертонической болезни у пациентов мужского пола с ожирением, гипергликемией натощак и дефицитом витамина Д. Филатова Т.Е., Давыдов В.В., Низов А.А., Асфандиярова Н.С., Колдынская Э.И.	112
Аспекты диагностики зрительной нейропатии и ее значение в амбулаторном мониторинге больных сахарным диабетом 1 типа. Францева А.П., Осепьянц В.Г., Санеева Г.А., Карпов С.М.	112
Морфофункциональные особенности сердечно-сосудистой у больных бронхиальной астмой. Фроленкова Л.А., Терентьева Н.Н., Маренина Т.В., Попова М.А.	113
Влияние гидроксихлорохина на показатели липидного спектра у пациентов с ревматоидным артритом. Хрипунова А.А., Хрипунова И.Г., Говоров А.В.	114
Сравнительная оценка эффективности различных схем терапии ревматоидного артрита. Хрипунова И.Г., Хрипунова А.А.	114
Метаболические нарушения у больных с гипоэстрогенными формами ановуляции. Чагай Н.Б.	115
Риск развития сахарного диабета 2 типа у больных с синдромом гиперандрогении. Чагай Н.Б.	116
Вертеброгенные заболевания в структуре заболеваний нервной системы. Чигрина Н.В., Долгова И.Н.	116

Прогностическое значение гиперальдостеронемии у больных хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса левого желудочка. Шевелёк А.Н., Гасендич Е.С.	116
Влияние терапии диацереином на маркеры сосудистого поражения у больных остеоартрозом коленных суставов в сочетании с ожирением и сахарным диабетом 2 типа. Широкова К.Ю.	117
Коррекция качества жизни пациентов с хронической неспецифической цервикалгией в практике терапевта. Широкова Л.Ю., Мокроусова М.В., Нагибин Р.М.	118
Процессы перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у больных бронхиальной астмой, сочетанной с ожирением. Ярцева С.В.	118

КОНКУРС МОЛОДЫХ ТЕРАПЕВТОВ

Биологические маркеры у больных ишемической болезнью сердца, проживающих в условиях высокогорья (на примере этнических карачаевцев Республики Карачаево-Черкесия). Дотдаева А.А., Бойцов С.А.	120
Состояние сосудисто-эндотелиального фактора роста и его рецепторов при дисплазии соединительной ткани. Зангелова Т.Э.	120
Клинико-морфометрические особенности почек у больных острым коронарным синдромом и атеросклеротическим поражением почечных артерий. Кобзева Н.Д., Терентьев В.П., Куликовских Я.В.	121
Роль дефицита витамина D в достижении устойчивого вирусологического ответа при хроническом вирусном гепатите С. Липов А.В.	122
Оценка липидного профиля у больных с кардиореспираторной патологией. Смирнова А.С., Гасендич Е.С.	122
Сосудистый возраст и масса тела у лиц молодого возраста: опыт работы центра студенческого здоровья СТГМУ. Фурсова Е.Н., Евсевьева М.Е., Сергеева О.В., Русиди А.В., Смирнова Т.А., Коновалова Н.М., Итальянцава Е.В.	122
Восстановительное лечение хронического холецистита с использованием левокарнитина. Шейкина А.И.	123
Прогностическое значение некоторых клинико-генетических факторов при кальцинозе аортального клапана. Щеглова Е.В., Боева О.И.	124

Ишемическая болезнь почек в амбулаторной практике.

Агранович Н.В., Кнышова С.А.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Ишемическая болезнь почек (ИБП) – вариант хронической болезни почек, вызванный недостаточностью их кровоснабжения в связи с врожденными и/или приобретенными нарушениями проходимости их магистральных артерий, проявляющийся вторичной артериальной гипертензией, а также различной степенью выраженности ренальной дисфункцией и застойной сердечной недостаточностью [1,2,3,4]. Целью нашего исследования являлось изучение течения ИБП у пациентов с атеросклеротическим поражением почечных сосудов возможностей применения и эффективности различных методов коррекции изучаемой патологии.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 52 пациента в возрасте 55–79 лет с ИБП (41 мужчина, 11 женщин), наблюдавшихся на протяжении 2013–2015 гг. у нефролога СККДЦ. Первой группе пациентов – 12 человекам – проведены различные хирургические методы коррекции ИБП. Вторая группа – 40 больных – получали консервативную терапию (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента – ИАПФ, блокаторы ангиотензиновых рецепторов, диуретики, бета-блокаторы, блокаторы медленных кальциевых каналов, препараты центрального действия – наиболее часто сочетание 3 и более групп антигипертензивных препаратов). Большинство пациентов этой группы (31 человек) имели инкурабельные поражения почечных артерий и крайне высокий оперативный риск.

За время динамического наблюдения оценивались следующие показатели: анамнестические данные, данные ультразвуковая доплерография (УЗДГ) почечных сосудов, УЗИ почек, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови (креатинин, мочевины, липидограмма), ЭКГ, ЭхоКГ – по показаниям, магнитно-резонансная томография (МРТ) и компьютерная томография (КТ) почек с контрастированием почечных сосудов – по показаниям. Для оценки почечной функции все пациентам производился расчет показателя скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле CKD-EPI. Для статистической обработки данных использован пакет анализа прикладных программ Excel 2000, SPSS Version 9.0. for Windows. Сравнения групп проводили с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни. Связи между признаками оценивались путем вычисления коэффициента корреляции Спирмена (ρ). Статистически значимым считались результаты при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Анализ клинического течения ИБП выявил у 100% пациентов наличие реноваскулярной артериальной гипертензии, отмечавшейся на протяжении 2–120 мес. до начала исследования, у 33 (63%) больных сопровождавшихся почечной дисфункцией (хроническая болезнь почек (ХБП) 111 – у 23, ХБП 1V – у 8 и ХБП V – у 2 пациентов).

После хирургического вмешательства у 5 (42%) пациентов 2-й группы после реваскуляризации почек суммарная функция улучшилась, у остальных сохранилась на дооперационном уровне. Из 40 пациентов 1-й группы, получавших консервативную терапию, функция почек

ухудшилась у 13 больных (33%), улучшений не зафиксировано ни у кого ($p < 0,05$). Контроля артериальной гипертензии удалось достигнуть у 11 (92%) пациентов 1-й группы и лишь у 5 (12,5%) пациентов 2-й группы ($p < 0,05$)

Выводы: 1. Хирургическая реваскуляризация – неотъемлемая часть лечения больных с атеросклеротическими поражениями почечных артерий. 2. Подавляющему большинству больных после реваскуляризации показано медикаментозное лечение, основу которого должны составлять ИАПФ. 3. В случаях инкурабельных поражений почечных артерий и крайне высоких оперативных рисков показана только медикаментозная комбинированная терапия с использованием диуретиков, длительно действующих блокаторов медленных кальциевых каналов, кардиоселективных бета-адреноблокаторов, агонистов I1- имидазолиновых рецепторов, под контролем динамики почечной функции.

Вопросы коморбидности при подагре.

Айрапетян Л.А., Щендригин И.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставропольская краевая клиническая больница, Ставрополь

Введение. Подагра (П) представляет собой системное заболевание, при котором в различных тканях откладываются кристаллы моноурата натрия, и у лиц с гиперурикемией развивается воспаление, обусловленное внешнесредовыми и/или генетическими факторами. П – это метаболическое заболевание, лечение которого включает нормализацию показателей, помимо пуринового вида обмена, также липидного и углеводного. Вследствие этого П зачастую сопровождается коморбидными состояниями, в первую очередь – артериальная гипертензия (АГ), эссенциальная и симптоматическая, ишемическая болезнь сердца (ИБС), сахарный диабет (СД), дислипидемия.

Цель и задачи. Оценить значимость сердечно-сосудистых болезней, сопутствующих П, для совершенствования лечебного подхода.

Материалы и методы. В исследование включали взрослых пациентов с достоверным диагнозом П, диагностированной на основании Римских диагностических критериев (1963). У всех обследованных определяли коэффициент атерогенности, уровни общего холестерина, липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ), креатинина, мочевины, мочевой кислоты, исследовали результаты электрокардиографии (ЭКГ), эхокардиографии (ЭхоКГ) и ультразвукового исследования (УЗИ) почек. Критериями исключения явились бессимптомная гиперурикемия, вторичные формы подагры. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программы Statistica 6.0 и пакета анализа программы MS Excel.

Результаты. В исследование были включены 20 пациентов мужского пола, средний возраст которых составил 56,42 года. Длительность П составила в среднем 5,78 лет. У 3 пациентов (15%) отмечена П в отсутствие коморбидной сердечно-сосудистой патологии. У них же показатели липидограммы соответствуют норме. Всего пациентов с нормальными результатами липидного обмена в исследовании 4 (20%). У остальных 16 пациентов (80%) средний уровень общего холестерина оставил 5,77 ммоль/л, ЛПНП = 4,1 ммоль/л, ЛПВП =

1,05 ммоль/л, ТГ=3,29 ммоль, КА=5,56. У 10 больных (50%) – АГ носила вторичный характер, как проявление уратной нефропатии. У 7 (35%) – в качестве сопутствующего заболевания встречалась гипертоническая болезнь, с подтвержденными изменениями на ЭКГ (гипертрофия миокарда левого желудочка), ЭхоКГ (увеличение полостей левых камер сердца). У 2 (10%) – стенокардия напряжения на фоне перенесенного острого трансмурального инфаркта миокарда (ЭКГ – очаговые изменения в стенках миокарда левого желудочка), у 1 пациента (5%) выявлен комбинированный аортально-митральный порок сердца, подтвержденные ЭхоКГ с доплерографией и цветным картированием. Средний уровень мочевины крови 7,385 ммоль/л, креатинина 108,6 мкмоль/л, мочевой кислоты 497,59 мкмоль/л. На УЗИ почек кальцинаты до 0,5 см выявлены у 4 пациентов (20%), от 0,5 см до 2,0 см – у 16 пациентов (80%). СД 2 типа отмечен у 1 пациента (5%).

Выводы. Значимость коморбидности заключается в том, что наличие коморбидных сердечно-сосудистых заболеваний значительно утяжеляет течение П и повышает риск сердечно-сосудистых событий за счет нарушения обмена веществ. Основную роль в практике ревматолога и кардиолога играет метаболическая безопасность препаратов для лечения коморбидного заболевания. Среди антигипертензивных препаратов следует предпочесть препараты из групп ингибиторов ангиотензинпревращающего фактора (ИАПФ) и антагонистов рецепторов ангиотензина II (иАПРАII), блокаторам кальциевых каналов за счет нефропротективного действия. Нежелательно применение тиазидных диуретиков, так как препараты данной группы повышают в крови уровень общего холестерина, ТГ, ЛПНП, а в проксимальных отделах канальцев почек повышают абсорбцию уратов. Как известно, препараты ацетилсалициловой кислоты противопоказаны при П ввиду повышения уровня мочевой кислоты в крови. Это имеет важное значение в случае проведения стентирования инфаркт-связанных коронарных артерий при инфаркте миокарда, где используется стандартная двойная антиагрегантная терапия. В симптоматической и патогенетической терапии П наименее опасными в отношении сердечно-сосудистых осложнений являются napроксен, мелоксикам, наиболее опасные ибупрофен, диклофенак, целекоксиб, эторикокиб. Прием статинов нежелателен при П, так как обуславливает гиперурикемию. Предпочтение в случае сопутствующей дислипидемии отдается препаратам фиброевой кислоты. При СД в сочетании с П предпочтение дают метформину, росиглитазону.

Состояние проницаемости тонкой кишки при первичном билиарном циррозе.

Акберова Д.Р., Абдулганиева Д.И., Мухаметова Д.Д.,
Одинцова А.Х., Кошкин С.А.

Казанский государственный медицинский университет, Республиканская клиническая больница, Казанский (Приволжский) федеральный университет, Казань

Первичный билиарный цирроз (ПБЦ) является прогрессирующим паренхиматозным заболеванием печени. Существует тесная взаимосвязь между печенью и кишечником. Повышение кишечной проницаемости служит важным патогенетическим звеном развития хронических паренхиматозных заболеваний печени. С другой стороны, повышенная проницаемость кишечной стенки играет определенную роль как в прогрессировании хронических

паренхиматозных заболеваний печени до терминальной стадии цирроза, так и в развитии его осложнений. Одним из наиболее чувствительных и специфичных методов определения тонкокишечной проницаемости является анализ «сахаридной» проницаемости – отношение лактулоза/маннитол («двойной сахарный тест»).

Цель. Оценить состояние тонкокишечной проницаемости при ПБЦ и выявить взаимосвязь этих изменений с течением заболевания.

Материал и методы. В исследование проспективно было включено 13 пациентов с установленным диагнозом ПБЦ. Из них 12 (92,3%) женщин и 1 (7,7%) мужчина. Средний возраст на момент установки диагноза составил 52,7±7,7 лет. Из них 6 (46,1%) пациентов имели 1–2 степень ПБЦ, а 7 (53,9%) пациентов имели 3–4 степень ПБЦ. Был проведен анализ анамнеза, динамики лабораторных показателей. Определение тонкокишечной проницаемости проводилось методом высокоэффективной жидкостной хроматографии – масс-спектрометрией.

Результаты. У пациентов с ПБЦ были выявлены различия в характере тонкокишечной проницаемости. Так, среднее значение отношения лактулоза/маннитол составило 0,1975±0,15. При разделении пациентов на степени ПБЦ было выявлено, что у пациентов, которые имели I–II степень поражения печени, тонкокишечная проницаемость составила 0,1±0,09, а пациенты, которые имели III–IV степень поражения печени, тонкокишечная проницаемость составила 0,3±0,13.

Выводы. При различных стадиях развития ПБЦ были выявлены изменения тонкокишечной проницаемости. Пациенты III–IV степени ПБЦ имели более высокую проницаемость, по сравнению с более легкой степенью поражения печени.

Клинико-патогенетическое значение антител к ксантиноксидазе в развитии иммунопатологических реакций при системной красной волчанке, ревматоидном артрите и системной склеродермии.

Александров А.В., Алехина И.Ю., Александров В.А., Шилова Л.Н.,
Александрова Н.В., Зборовский А.Б.

Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии, Волгоград

Целью настоящего исследования являлась разработка дополнительных критериев клинико-лабораторной диагностики ревматических заболеваний (РЗ) с помощью иммобилизованных антигенных наносистем (АНС) на основе ксантиноксидазы (ЕС 1.1.3.22).

Материалы и методы. Исследовалась сыворотка крови 30 доноров, 68 больных системной красной волчанкой (СКВ), 142 больных ревматоидным артритом (РА) и 83 больных системной склеродермией (ССД). В качестве антигена использовали коммерческий препарат ксантиноксидазы (КО, Cat. № X 2252). АНС, представляющие собой двойные полиакриламидные микрогранулы размером 10–100 мкм с иммобилизованным в их структуру антигеном (КО), получали методом эмульсионной полимеризации в потоке газообразного азота. Иммобилизация КО происходила в поверхностном слое двойной полиакриламидной гранулы, что дало возможность создать высокую концентрацию антигена (КО) именно в реакционно-активной зоне и повысить чувствительность иммуноферментного метода (ИФА). Для исследования количества антител к КО в сыворотке крови больных РЗ использовали традиционный вариант ИФА, а также разработанный нами вариант ИФА с применением АНС.

Результаты исследования. Предварительно проведенные исследования показали, что оптимальным носителем для используемых в качестве антигенной матрицы биополимеров с молекулярной массой не менее 30 Кд (КО – 300 Кд) является 20% полиакриламидный гель (ПААГ). Антигенную матрицу АНС целесообразно формировать, используя водные растворы антигена с оптимальной концентрацией КО – 50 мкг/мл. Применение АНС на основе КО в предложенном нами варианте ИФА позволило повысить чувствительность этого метода в 4 раза, по сравнению с традиционным вариантом, за счет: 1) увеличения концентрации антигена в 20–40 раз, 2) площади соприкосновения фиксированных антигенов с антителами, 3) частоты встречаемости иммобилизованных антигенов с соответствующими иммуноглобулинами при применении магнитной мешалки. Было проведено изучение содержания антител к КО в сыворотке крови 30 практически здоровых людей. Установив среднюю концентрацию антител к изучаемым ферментам в донорских сыворотках, вычислили уровень нормальных показателей оптической плотности (для антител к КО – М+/- 3 сигмы). Таким образом, значения оптической плотности 0,097 ед. для антител к КО были приняты за верхнюю границу нормы (показатели, превышающие эти значения, считались положительными по соответствующим антителам). Антитела к КО (анти-КО) были выявлены у 47,1% больных СКВ, 51,4% больных РА и 48,2% больных ССД. При СКВ отмечена положительная корреляция уровня анти-КО со значениями индекса SLEDAI ($r=0,406$) и отрицательная корреляция с биохимической активностью ксантиноксидазы в сыворотке крови ($r=-0,316$). Наиболее высокие уровни анти-КО отмечались у больных СКВ с поражением печени ($p=0,017$), органов ЖКТ ($p=0,048$) и у больных с выраженным цитопеническим синдромом ($p=0,035$). При РА выраженность аутоантителогенеза к КО зависела от активности (индекс DAS 28) заболевания ($p=0,038$) и наличия внесуставных проявлений ($p=0,008$); повышенные уровни анти-КО ассоциировались с поражением органов ретикуло-эндотелиальной системы с выраженным цитопеническим синдромом ($p=0,018$). При ССД группе больных, позитивных по антителам к КО, статистически значимо чаще выявлялись анемия (χ^2 с поправкой Йетса=7,79, $p=0,005$) и выраженный синдром Рейно (χ^2 с поправкой Йетса=4,53, $p=0,03$). Изменение функциональной активности КО у больных воспалительными РЗ может быть связано с аутоиммунными нарушениями, когда под воздействием специфических антител происходит усиление процессов трансформации D-формы фермента в O-форму, что в итоге ведет к существенному увеличению генерации супероксидных радикалов, оказывающих повреждающее действие на липиды, белки и другие компоненты клетки, в результате чего они приобретают свойства аутоантигенов и стимулируют выработку антител, имеющих вторичное повреждающее действие. Таким образом, изучение клинических корреляций антител к КО позволяет улучшить диагностические подходы и детализировать роль данных антител в повреждении органов и систем при СКВ, РА и ССД.

Влияние общей магнитотерапии на некоторые показатели психологического статуса больных анкилозирующим спондилитом.

Александров А.В., Ненашева Н.В., Александрова Н.В., Зборовская И.А.

Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии, Волгоград

Цель исследования: изучение влияния реабилитационно-восстановительного лечения с включением метода общей магнитотерапии (комплекс «Мультимаг», Касимовский приборный

завод, г. Рязань, Россия) на отдельные параметры психологического статуса у больных анкилозирующим спондилитом (АС).

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе ФГБНУ «НИИ КиЭР» (г. Волгоград) и Филиала «Санаторно-курортный комплекс «Вулан» ФГБУ «РНЦ МРИК» (г. Геленджик). В исследование были включены 35 больных с достоверным диагнозом АС (30 мужчин и 5 женщин в возрасте от 29 до 66 лет). Структура стадий АС у изучаемых больных выглядела таким образом: начальная стадия у 4 больных (11,4%), развернутая стадия у 21 пациента (60,0%), поздняя – у 10 (28,6%). Нами наблюдалось следующее распределение пациентов по активности патологического процесса в зависимости от индекса BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index): низкая (<2,0) – у 2 пациентов (5,7%); умеренная (2,0-4,0) – у 12 больных (34,3%); высокая (4,0-7,0) – у 14 (40,0%); очень высокая (>7,0) – у 7 пациентов (20%). Больные АС были разделены на три группы, сопоставимые по половому составу, возрасту, длительности и активности заболевания: основную ($n=13$), группу сравнения ($n=12$) и контрольную ($n=10$). После стационарного лечения пациенты двух первых групп для прохождения ранней реабилитации (в сроки от 2 до 6 недель после выписки) направлялись на климатобальнеологический курорт (Санаторно-курортный комплекс «Вулан», Геленджик, Краснодарский край), где больные АС из группы сравнения получали стандартную терапию, а пациенты основной группы – дополнительно 10 ежедневных сеансов общей магнитотерапии бегущими магнитными полями на 8-канальном аппаратно-программном комплексе «Мультимаг» (Касимовский приборный завод, г. Рязань, Россия) по методике лечения болезней опорно-двигательного. Больные АС из контрольной группы получали на постгоспитальном этапе только сеансы общей магнитотерапии (на базе ФГБНУ «НИИ КиЭР», Волгоград). Для определения уровня тревожности была использована шкала самооценки Spielberger, адаптированная Ю.Л. Ханиным. Статистическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере с использованием пакета «STATISTICA 6.0 for Windows». В качестве порогового уровня статистической значимости было принято значение 0,05.

Результаты и обсуждение. Для пациентов АС всех трех групп характерны высокие уровни как реактивной тревожности (РТ), так и личностной тревожности (ЛТ), причем ЛТ более выражена по сравнению с РТ. Развитие АС сопровождается формированием повышенной тревожности как реального психологического состояния и как устойчивой личностной особенности. Длительное прогрессирующее течение АС представляет собой витальную угрозу, которая инициирует процесс включения механизмов компенсации, отражением чего является повышение тревожности как личностной компоненты. В ходе восстановительного лечения показатели ЛТ и РТ имели тенденцию к снижению. Однако достоверная положительная динамика указанных показателей отмечалась в группе пациентов, получавших санаторно-курортное лечение в комплексе с общей магнитотерапией (ЛТ $p=0,039$; РТ $p=0,028$). В контрольной группе, пациенты которой также получали сеансы общей магнитотерапии, отмечалась достоверная положительная динамика РТ ($p=0,048$). В группе сравнения снижение показателей тревожности не носило достоверный характер. Таким образом, под воздействием общей магнитотерапии происходило снижение показателей тревожности у пациентов АС: комплекс санаторно-курортных методов лечения позволял уменьшить состояние тревожности, воздействуя как на личностную, так и на определяемую конкретной ситуацией составляющую тревожности. Наличие высокого уровня как реактивной тревожности, так и личностной тревожности у пациентов с АС, снижает эффективность лечебных мероприятий, способствуя фиксации

внимания больных на своем болезненном состоянии. Выводы. Положительное влияние, оказываемое реабилитационными методами лечения, в том числе методом общей магнитотерапии, на параметры психологического статуса больных АС, проявляется в снижении тревожности, как личностной, так и реактивной, а также в уменьшении депрессивной напряженности. Воздействие общей магнитотерапии на возможный морфологический субстрат опосредованно, через снижение боли и воспаления, влечет за собой позитивное изменение некоторых аспектов психологического статуса больных АС.

Динамика физической работоспособности и когнитивных функций пациентов, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования, на втором этапе реабилитации.

Александров П.В., Перепеч Н.Б., Зобенко И.А.

Центр сердечной медицины «Черная речка», Научно-клинический и образовательный центр «Кардиология», Санкт-Петербург

Цель исследования: оценить динамику и корреляционную связь толерантности к физической нагрузке (ТФН) и когнитивных нарушений (КН) у пациентов на втором этапе реабилитации после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Материалы и методы исследования. В исследование включены 80 пациентов (72 мужчины, 8 женщин), проходивших реабилитацию в условиях реабилитационного центра после операции АКШ. Возраст пациентов составлял от 28 до 78 лет (средний возраст 59,41±8,73 лет). Кардиореабилитация (КР) проводилась по 21-дневным программам, построенным по модульному принципу. Всем больным проводилось общеклиническое обследование, ЭКГ в динамике. ТФН оценивалась по тесту шестиминутной ходьбы (ТШХ) при поступлении в реабилитационный центр и перед выпиской. Для оценки КН до и после участия в программе кардиореабилитации применялась монореальная шкала оценки когнитивных функций (МоСА).

Результаты исследования. Средняя дистанция ТШХ до реабилитации составила 392,98±98,5 м, после 469,61±75,97 м, различие достоверно ($p<0,05$). Прирост дистанции составил 76,64±58,36 м или 25,04±30,31% от исходного значения. У 80% пациентов достигнута нормализация ТФН. Результаты МоСА-теста показали положительную динамику выраженности КН: средний балл при поступлении составил 23,91±3,28, после курса кардиореабилитации – 26,18±2,65 балла, различие достоверно ($p<0,05$). Перед включением в программу КР когнитивные нарушения отсутствовали у 25 (31,25%) пациентов. Легкие КН при поступлении были выявлены у 51 (63,75%) пациента, умеренные КН – у 4 (5%) пациентов. Перед выпиской признаков когнитивных нарушений не было выявлено у 48 (60%) пациентов, легкие КН обнаружены у 31 (38,75%) пациента, умеренные у 1 (1,25%) пациента (рис.3). У 72 (90%) пациентов регистрировалось увеличение суммы баллов по МоСА, т.е. улучшение когнитивных функций, из них у 25 (31,25%) отмечена нормализация балльной характеристики когнитивных нарушений. Существенно возросло количество пациентов без КН (31,25% vs 60%) и, соответственно, уменьшилось количество пациентов с умеренными (5% vs 1,25%) и легкими КН (63,75% vs 38,75%). Количество баллов по МоСА, набранное при поступлении, имело слабую прямую корреляционную связь с ТФН при поступлении ($r = 0,19, p=0,09$) и достоверную прямую связь с ТФН перед выпиской ($r = 0,23, p=0,04$). Количество баллов по

МоСА перед выпиской также имело слабую прямую корреляционную связь с ТФН ($r=0,20, p=0,08$).

Выводы. Участие в программе кардиореабилитации после операции АКШ сопровождается повышением и нормализацией физической работоспособности и восстановлением когнитивных функций у большинства пациентов. Имеется прямая корреляционная связь между когнитивными нарушениями и толерантностью к физической нагрузке.

Кардиореабилитация на курорте и телеметрический контроль ЭКГ с применением технологий GPS-навигации и GPRS-связи.

Амиянц В.Ю., Ефименко Н.В., Ахметшина И.В., Синютин С.А.

Пятигорский государственный научно-исследовательский институт курортологии, филиал Кисловодская клиника, Таганрогский технологический институт, Пятигорск, Таганрог

Актуальность реабилитации кардиологических больных обусловлена, с одной стороны, распространенностью и высоким риском заболеваний сердечно-сосудистой, а с другой стороны, необходимостью повышения эффективности медикаментозных и хирургических методов лечения. Программы курортной реабилитации больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы включают физические тренировки и бальнеотерапию. Для оптимизации методик их применения необходима объективная оценка воздействия курортных факторов и индивидуальной ответной реакции пациента. Деятельность сердечно-сосудистой системы во время бальнеопроцедур и физических тренировок сегодня контролируется различными методами, большинство из которых не позволяет в реальном времени осуществить мониторинг места нахождения пациентов и выполняемой ими нагрузки, а анализ ЭКГ обычно проводится только ретроспективно.

Цель: в режиме реального времени осуществить мониторинг места нахождения пациентов и выполняемой ими нагрузки и объективно оценить реакцию пациента на тренирующие нагрузки.

Материал и методы. Обобщен 30-летний опыт реабилитации пациентов с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы, включая более 3000 больных, перенесших хирургическое лечение ИБС и ревматических пороков сердца. Помимо общепринятых методов исследования применялся вновь разработанный дистанционный мониторинг: электрокардиограммы; местоположения и скорости перемещения пациента по данным спутников GPS; вариабельности ритма сердца; выполняемой физической нагрузки по данным акселерометрии. Также применялся мониторинг ЭКГ непосредственно во время приема пациентами бальнеопроцедур. Полученные результаты: Разработана система мониторинга состояния здоровья и места положения пациентов позволяющая в реальном времени проводить:

- непрерывное определение координат пациента на местности;
- анализ уровня физической активности пациента по направлению и скорости его движения по данным спутников GPS;
- количественную оценку выполняемой физической нагрузки и положения тела в пространстве по данным встроенного акселерометра;
- регистрацию ЭКГ;
- определение интегральных характеристик распределения RR интервалов и анализ вариабельности ритма сердца;

- контроль врачом состояния пациента в режиме реального времени и принятие решения о коррекции нагрузки на основании данных анализа ЭКГ, вариабельности ритма сердца, переданным на удаленный персональный компьютер врача через каналы GPRS;
- диалог врача с пациентом по сотовой связи GSM;
- контроль ЭКГ непосредственно во время приема бальнеопроцедур;
- сохранение всех данных на твердом носителе памяти и последующий анализ.

Выводы: 1. Реабилитация кардиохирургических больных на низкогорном курорте мобилизует резервные возможности организма пациентов и является важным звеном их поэтапной реабилитации. 2. Воздействие природных факторов приводит к улучшению механизмов ауторегуляции деятельности сердечно-сосудистой системы, коррекции основных факторов риска. 3. Приборы, разработанные нами, позволяют в режиме реального времени объективно оценить реакцию пациента на бальнеопроцедуры и тренирующие нагрузки (терренкур), раскрывая возможность разработки методов управляемых физических тренировок и бальнеотерапии и оптимизации методик кардиореабилитации.

Опыт применения эксенатида у больных сахарным диабетом 2 типа с ожирением и гастрозофагеальной рефлюксной болезнью.

Андреева Е.И., Унанова И.А.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Цель исследования: изучение влияния аналогов к рецептору глюкагоноподобного пептида 1 (ГПП-1) на частоту и длительность кислых рефлюксов, в результате снижения индекса массы тела (ИМТ) у пациентов, страдающих сахарным диабетом (СД) 2 типа и ожирением. Материалы и методы: в исследовании участвовал 101 человек с СД 2 типа, имеющие абдоминальный тип ожирением и гастрозофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ). С помощью суточного импедансного мониторинга рН и расчета индекса DeMeester, который учитывает экспозицию кислоты в пищеводе в течение всего времени исследования, подтверждался диагноз гастрозофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Анамнез ГЭРБ составил 6 месяцев, при этом анамнез СД 2 типа не превышал 2 года. В качестве патогенетической терапии ГЭРБ были назначены ингибиторы протонной помпы (омепразол 20 мг 2 раза в сутки), но эффект достигнут не был. Все пациенты, страдающие СД 2 типа, в течение 6 месяцев получали эксенатид (10 мг 2 раза в сутки). Аналоги глюкагоноподобного пептида (ГПП-1) относятся к группе сахароснижающих препаратов. Однако обладают и плейотропными эффектами: снижение массы тела за счет замедления эвакуации пищи из желудка, а также за счет воздействия препарата на структуры гипоталамуса. В исследование не включались пациенты с тяжелыми осложнениями СД, печеночной и почечной недостаточностью, острыми сердечно-сосудистыми осложнениями в анамнезе.

Результаты: в исследование были включены пациенты в возрасте от 29 до 64 года с избыточной массой тела (ИМТ=39,3±4,2 кг/м²), при этом преобладали женщины – 57 человек. Исходные значения индекса DeMeester 36,1±2,1. На фоне лечения через 3 месяца ИМТ снизился на 6,2% (36,9±4,3), в отношении индекса DeMeester отмечалась четкая тенденция к его снижению – 10% (32,2±2,0). На завершающих этапах

исследования (при 6 месячной терапии эксенатидом), ИМТ продолжал демонстрировать стагнацию данных – 10,2% (35,3±4,6), индекс DeMeester уменьшился на 19,9% (28,9±8,6), что свидетельствует о высокой значимости.

Выводы: при шестимесячной длительности терапии эксенатидом, доказана эффективность аналогов ГПП-1 в отношении снижения массы тела у больных страдающих СД 2 типа на фоне ожирения, и, как следствие, достоверное снижение количества кислотных рефлюксов. Полученные данные диктуют необходимость применения этой группы препаратов у представленной категории пациентов.

Пути сохранения здоровья лиц пожилого и старческого возраста.

Анопченко А.С., Агранович Н.В., Кнышова С.А.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Пожилые люди являются наиболее социально незащищенной категорией населения, нуждающейся в особом внимании и социальной защите со стороны государства. В современном мире продолжительность жизни увеличивается, что ведет к росту количества пожилых людей, однако качество их жизни остается низким или даже снижается. В связи с этим демографическое постарение населения становится государственной проблемой многих стран. В связи с этим общество прежде всего заинтересовано в продолжении полноценной жизни человека, то есть в удлинении периода активности в пожилом и старческом возрасте. Это определяет актуальность решения медико-социальных проблем людей пожилого и старческого возраста. Одним из основополагающих звеньев в реабилитации и сохранении здоровья лиц пожилого и старческого возраста является повышение их физической активности. Лечебная физическая культура (ЛФК) – самостоятельная научная дисциплина, использующая для лечения и профилактики различных заболеваний средства физической культуры. ЛФК назначается только врачом и проводится строго по его назначению обычно в учреждениях здравоохранения – больницах, поликлиниках, санаториях и т.д. Занятия ЛФК у пожилых пациентов должны проводиться с учетом анатомо-физиологических особенностей. Морфологические, функциональные и биохимические особенности организма в период старения оказывают влияние на его важнейшее свойство – способность реагировать на воздействия внешней среды, физических нагрузок и т.д. Реактивность определяется состоянием рецепторов, нервной системы, висцеральных органов и др. Регулярная физическая активность позволяет людям не только предотвратить развитие многих хронических заболеваний, снизить частоту обострений уже имеющихся хронических заболеваний, но также сохранить на должном уровне физическую форму, т.е. гибкость и подвижность суставов, эластичность мышц, а значит, способность сохранять равновесие и двигаться.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ состояния здоровья старших возрастных групп, занимающихся и не занимающихся регулярными физическими нагрузками, а также оценить их качество жизни (КЖ) с помощью опросника SF-36 («SF-36 Health Status Survey»).

Материалы исследования. Исследование проводилось на базе Геронтологического центра г. Ставрополя, «Академии здорового образа жизни Василия Скакуна» г. Ставрополя, Городская поликлиника

№1, №2 г. Ставрополя, группы здоровья «ГРАЦИЯ» оздоровительного центра г. Изобильного.

Методы исследования. В исследовании приняли участие 300 человек от 60 до 90 лет и старше, которым были предложены анкеты с вопросами по: 1-я здоровью и 2-я качеству жизни (SF-36 («SF-36 Health Status Survey»)).

Полученные результаты. В результате проведенного исследования было выделено 2 группы: 1 – лица, занимающиеся в группах здоровья и 2 – не занимающихся физической нагрузкой. Соотношение возрастных групп было следующее: 1 группа: 60–74 (70,5%); 75–89 (26,3%); 90 и старше (3,2%); 2 группа: 60–74 (47,8%); 75–89 (50,3%); 90 и старше (1,9%). В обеих группах преобладали женщины по сравнению с мужчинами: 78,9% и 55,1% по сравнению с 21,1% и 44,9%. Среди респондентов более 70% – городские жители, около 26% – сельские. Анализ трудоспособности пациентов показал, что в группе занимающихся физической культурой лиц, сохранивших свою трудоспособность и продолжающих профессиональную деятельность составила 22,4%, в группе не поддерживающих свою физическую форму только 1%. Кроме того, установлено, что обострения имеющихся хронических заболеваний чаще встречались у пациентов 2-й группы: так обострения реже 1 раза в год у пациентов 1 группы отмечено в 14,7%, а во 2-й группе отмечено не было. Соответственно обращение за медицинской помощью «по необходимости» в 1-й группе составило по 35,8%, а во 2-й 45%. Плановые профилактические посещения врача в 1-й были чаще, чем во 2-й 25,3% и 15,1% соответственно. Кроме того, отмечено, что лица, занимающиеся физической нагрузкой в группах здоровья, реже имеют в анамнезе вредные привычки и достоверно выше показатели качества жизни: $264,4 \pm 108,6$ и $214,9 \pm 100,7$ – сумма физического здоровья; $268,1 \pm 99,6$ и $234,65 \pm 104,3$ – сумма психического здоровья.

Выводы. Проведенное нами исследование показывает необходимость ломки неверных стереотипов у пожилых людей, сложившиеся за многие годы, которые не считают, важным поддерживать физическую активность путём занятий ЛФК и активно формировать навыки здорового образа жизни в любом возрасте, что, безусловно, способствует продлению их активного долголетия.

Частота и характер внешних фенотипических признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани у лиц подросткового возраста с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Батаев Х.М., Шихнабиева М.Д.

Чеченский государственный университет, медицинский институт, Грозный

Введение. Известно, что гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является одним из самых распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Интенсивно изучаются возможные факторы риска данной патологии, в том числе наследственные особенности соединительной ткани как предрасполагающего фактора в ее развитии.

Цель исследования: изучение частоты и характера внешних признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у лиц подросткового возраста (14-18 лет) с ГЭРБ. Материал и методы. Исследовано 96 подростков с ГЭРБ, ассоциированной с ДСТ (44 мальчика и 52 девочек). Диагностику ГЭРБ осуществляли

на основании анамнестических данных, клинического осмотра и результатов эзофагогастродуоденоскопии. Проявления ДСТ оценивались по клиническим данным.

Результаты. Наиболее распространенными проявлениями соединительнотканной дисплазии у лиц подросткового возраста с ГЭРБ были изменения со стороны опорно-двигательного аппарата в виде астенической конституции – 33,3%, сколиоза (I и II степени) грудного отдела позвоночника – 39,4%, гипермобильности суставов – 22,9%, плоскостопия (I–II степени) без признаков деформирующего остеоартроза – 17,7%, тонкая кожа – 28,1 множественный кариес – 13,5, искривление носовой перегородки – 13,5%. Признаки ДСТ встречались почти с одинаковой частотой как среди мальчиков, так и среди девочек. В среднем у подростков с ГЭРБ выявлялось по 4–5 фенотипических признаков ДСТ. Это объясняется тем, что недифференцированная патология соединительной ткани проявлялась диспластическими изменениями как в одном, так и в нескольких органах или системах. На основании критериев, предложенных Т. Милковска-Димитровой и А. Каракашева для оценки степени ДСТ, у обследованных подростков мы выделили 3 степени тяжести ДСТ: 1) легкая степень (при наличии двух главных признаков) – 46 (47,9%) случаев; 2) средняя степень (при наличии трех главных и двух-трех второстепенных или четырех главных и одного-двух второстепенных) – 50 (52,1%) случаев; 3) тяжелая степень (при наличии пяти и более главных и трех второстепенных признаков) – случаев тяжелой степени ДСТ не было зарегистрировано.

Заключение. У лиц подросткового возраста наиболее чаще встречаются средней и легкой степени ДСТ. Среди них наиболее распространенными являются астеническое телосложение, сколиоз позвоночника, гипермобильность суставов, плоскостопие, тонкая кожа, множественный кариес, искривление носовой перегородки.

Возможности диагностики лекарственной непереносимости in vitro.

Батурина В.А., Батурина М.В., Малашенкова Т.Е., Мамцева Г.И., Грудина Е.В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Центр клинической фармакологии и фармакотерапии, Ставрополь

Ранее нами было установлено, что 9% населения Ставропольского края имеет проявления лекарственной непереносимости («аллергии») хотя бы на 1 лекарственный препарат. В связи с этим представлялось важным внедрить в клиническую практику комплексный метод диагностики лекарственной непереносимости in vitro. Такой подход безопасен для больного и повышает вероятность выявления возможных осложнений фармакотерапии, особенно у больных с наличием в анамнезе лекарственной аллергии. В обследовании более чем 2500 больных были применены: определение в крови уровня специфических IgE и IgG, оценка уровня специфических циркулирующих иммунных комплексов, тест альтерации лейкоцитов. Для выявления непереносимости у пациентов, обследованных до применения лекарственных средств, наиболее информативным и хорошо согласующимся с анамнезом был тест альтерации лейкоцитов. На фоне развившейся аллергической реакции хорошую информативность имело определение специфических IgE.

Региональные изменения характера микрофлоры у амбулаторных пациентов с инфекционной патологией нижних дыхательных путей.

Батурин В.А., Щетинин Е.В., Малыхин Ф.Т.

Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь

Цель и задачи: обсудить проблемы региональных изменений в 2007–2012 гг. структуры возбудителей заболеваний нижних дыхательных путей (НДП) и чувствительности микрофлоры мокроты у пациентов из лечебно-профилактических учреждений региона с учетом возраста и диагноза по сравнению с 2003–2006 гг.

Материалы и методы: в 2007–2012 гг. на базе бактериологической лаборатории «Центра клинической фармакологии и фармакотерапии» (г. Ставрополь) проведены микробиологические исследования мокроты больных с инфекционной патологией НДП в соответствии с действующими методическими указаниями (МУК 4.2.1890-04 «Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам»). Сравнение проводилось с результатами исследований мокроты, проведенных в «Центре клинической фармакологии и фармакотерапии» в 2003–2006 гг. Результаты. В амбулаторной практике у половины пациентов с инфекционной патологией НДП идентифицирован *Str. pneumoniae*. Из мокроты каждого пятого обследованного выделены представители энтеробактерий *Klebsiella* spp. (в подавляющем большинстве случаев *Klebsiella pneumoniae*), *Serratia* spp., *E. coli*, *Enterobacter* spp. Важно, что у почти четверти больных обнаружена *M. pneumoniae*. Достаточно часто выделяется и *S. pneumoniae* – 19%. *Str. pneumoniae*, *M. pneumoniae* и *S. pneumoniae* определялись практически в 80% всех случаев внебольничной пневмонии у взрослых. *H. influenzae* и *M. pneumoniae* в 2–3 раза чаще выделялись из мокроты пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и хроническим необструктивным бронхитом. С возрастом, независимо от диагноза, увеличивалась доля пневмококков, гемофильных палочек и различных представителей семейства *Enterobacteriaceae*, при одновременном снижении значения микоплазм. Вместе с тем, даже у пациентов старше 60 лет *M. pneumoniae* занимали существенную долю в общей структуре возбудителей, что указывает на необходимость микробиологического мониторинга, особенно при наличии ХОБЛ. В отличие от прошлых лет, не 60%, а только 35% пациентов проходили бактериологическое исследование ($p < 0,05$) на фоне приема антибактериальной терапии. Обнаружено значительное преобладание микоплазм в структуре выделенных микроорганизмов пациентов, предварительно пролеченных препаратами β -лактаминового ряда. Ассоциации возбудителей обнаружены в 14% случаев, что в 2 раза меньше, чем 2–3 года назад. Выявлено более частое присутствие в ассоциациях *H. influenzae* у больных с обострением хронического необструктивного бронхита и энтеробактерий – у пациентов с ХОБЛ и пневмониями. В последние годы чаще в комбинации с другими микроорганизмами стали выявляться пневмококки ($p < 0,05$), *H. influenzae*, а также *M. pneumoniae*, в то время как энтерококки и энтеробактерии выделялись реже, а нефилтрующие бактерии вообще перестали встречаться ($p < 0,05$). Штаммы *H. influenzae* сохраняли высокую чувствительность к аминопенициллинам, в том числе защищенным. Резистентность *Str. pneumoniae* к аминопенициллинам увеличилась вдвое (12,4% штаммов против 6,4% 3 года назад, $p < 0,05$). Резистентность к ко-тримоксазолу и офлоксацину составил по 27,9% и 17,9% - к макролидам. Различные

представители семейства *Enterobacteriaceae* сохраняли высокую чувствительность к аминопенициллинам, цефалоспорином II-III поколений, фторхинолонам. Из 20 исследованных штаммов *M. pneumoniae* у 8 (40%) были выявлены случаи нечувствительности к одному или нескольким противомикробным средствам (ПМС). В частности, наибольшее число случаев резистентности выявлено к ципрофлоксацину (25%) и эритромицину (20%). Идентифицировано по 10% резистентных штаммов микоплазм к доксициклину и офлоксацину. В то же время, нечувствительность к кларитромицину и азитромицину проявляли только 5% микоплазм.

Выводы. Полученные результаты фармакоэпидемиологических исследований последних лет, проведенных в «Центре клинической фармакологии и фармакотерапии», а также их сопоставление с данными предыдущего периода дают возможность пересмотреть стандартные подходы к выбору и назначению ПМС при инфекционных заболеваниях НДП на различных этапах оказания медицинской помощи.

Вирусные гепатиты у детей с терминальной почечной недостаточностью.

Бегимбетова Р.С., Чингаева Г.Н., Салимова С.С., Карибаева Д.О.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.
Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Заместительная почечная терапия (ЗПТ) и особенно программный гемодиализ (ПГД) сопровождаются повышенным риском инфицирования вирусами гепатитов, среди которых особое место занимают вирусные гепатиты, в частности, гепатит В и С.

Целью исследования явилось изучение клинко-эпидемиологических особенностей HBV и HCV - инфекций у детей с терминальной почечной недостаточностью (ТПН), получающих лечение ПГД.

Задачи работы. Провести анализ инфицированности гепатитами у таких больных.

Материал и методы. Нами были проанализированы 44 детей с ТПН, находившихся на лечении в отделении экстракорпоральной детоксикации в РДКБ «Аксай» за период с 2004 до 2006 гг., в возрасте от 5 до 18 лет, средний возраст которых составил $16,2 \pm 0,29$ лет. Среди них было 17 (38,7%) мальчиков и 27 (61,3%) девочек, у всех детей была диагностирована ТПН, наиболее частой причиной которой являлись аномалии развития почек (51%) и хронические гломерулонефриты (49%). Продолжительность лечения ПГД в исследуемой группе больных колебалась от 1 до 36 месяцев. Процедуры гемодиализа проводились без изоляции инфицированных HBV и HCV пациентов. Режим ПГД составлял 8–12 часов в неделю. Методом ИФА и ПЦР исследовали маркеры HBV и HCV-инфекций (HBsAg, HBeAg, HBsAb, HBeAb, HBeAg, HBeAb, HCV).

Полученные результаты. Нами установлено, что из 44 детей на ПГД у 23 детей (52,3%) были обнаружены маркеры текущей или перенесенной HBV-инфекции, тогда как 21 (47,7%) не были инфицированы вирусами гепатитов (ВГ). Из них у 2 (8,7%) HBV выявлен в сочетании с HCV-инфекцией. Среди инфицированных более половины составили дети, в крови которых определялись специфические антитела к вирусу. При этом анти-HBs были обнаружены у 16 (69,6%), сочетание анти-HBs и анти-HBeAg – у 87%. На момент исследования у 1 больного (4,4%) определялся ОГВ. У 7 (30,4%) с HBsAg, персистирующим в крови свыше 6 месяцев, диагностировали хроническую HBV-инфекцию. Для оценки темпов заражения HBV в условиях лечения

ПГД были проанализированы сроки выявления маркеров гепатита В в зависимости от начала ЗПТ. 3 (13%) детей инфицировались HBV до начала ПГД. В группе больных с короткой продолжительностью лечения (1мес) ПГД маркеры HBV-инфекции были выявлены в 26% случаев (6). Основная часть детей на ПГД – 14 (60,8%) была инфицирована в течение первых 12 месяцев лечения. При этом в 22% случаев заболели ГВ уже через 3-6 месяца после начала ПГД. При продолжительности лечения от 12 до 24 мес. – были инфицированы 5(22%) детей. Проведение ПГД более 24 мес. сопровождалось инфицированием 1 пациента (4,4%). При анализе сроков лечения ПГД, в зависимости от инфицирования HBV было установлено, что пациенты с выявляемыми маркерами вируса получали ЗПТ в течение 14,1±3,5 мес., тогда как больные без признаков гепатита В лишь 5,8±2,4 месяцев (p<0,05). Связь заражения HBV с полом и возрастом пациентов, а также с характером почечных заболеваний, приведших к развитию ХПН, обнаружить не удалось. Не было статистически достоверных различий в частоте произведенных гемотрансфузий среди инфицированных и неинфицированных больных (соответственно 4,2±3,9 и 3,2±1,6).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о серьезной угрозе заражения HBV и HCV, существующей в детском отделении гемодиализа г. Алматы. У 52,3% пациентов выявлялись маркеры HBV. Среди них 30,4% являлись носителями HBsAg, 4,6% HCV. Частота хронической HBV-инфекции в диализной популяции, обнаруженная при данном анализе, оказалась существенно высокой. Таким образом, частота носительства HBsAg в отделении гемодиализа превышает средневропейскую 10-летней давности, представленную в регистре EDTA. Высокая частота хронизации гепатита В у больных с ТПН, получающих лечение ПГД, связана с нарушением процессов элиминации вируса в условиях иммунодефицита, свойственного уремии.

Комплексная терапия больных стенокардией напряжения II III функциональных классов с эпизодами безболевой ишемии миокарда.

Бедельбаева Г.Г., Нурмаханова Ж.М., Мухамбетъярова С.А.

*Казахский национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан*

Цель исследования: оценить влияние клопидогреля в комплексной терапии на показатели болевой и безболевой ишемии миокарда у больных стенокардией напряжения (СН) II III функционального классов (ФК).

Материалы и методы: 47 больным СН II-III ФК (возраст 60,8±5,4 года), наличие которой подтверждено типичной клинической картиной и положительным ЭКГ нагрузочным тестом, на фоне базовой терапии β-адреноблокаторами и ингибиторами АПФ проведено суточное мониторирование электрокардиограммы (СМ ЭКГ) с определением количества эпизодов болевой (БИМ) и безболевой (ББИМ) ишемии миокарда, их средней продолжительности, числа сердечных сокращений (ЧСС) и величины смещения сегмента ST во время БИМ и ББИМ, а также общей продолжительности БИМ и ББИМ. В исследование включали только тех пациентов, у которых при исходном СМ ЭКГ были выявлены эпизоды ББИМ. Первую группу составили 24 пациента, которым на фоне базовой терапии назначили аспирин в дозе 325 мг в сутки, вторую 23 пациента, которым назначили клопидогрель в дозе 75 мг в сутки. Обе группы больных

по исходным количественным показателям СМ ЭКГ достоверно не различались. Антиагрегационную терапию проводили более 18 недель, повторное СМ ЭКГ проводили через 16–18 недель от начала терапии аспирином и клопидогрелем.

Результаты исследования: количество эпизодов БИМ в 1-ой группе на фоне лечения уменьшилось 28,4% (p<0,05), во 2-й – на 26,9% (p<0,05). Количество эпизодов ББИМ уменьшилось в 1-ой группе на 32,3% (p<0,05), во 2-ой – на 39,3% (p<0,001). Средняя продолжительность эпизодов БИМ в обеих группах на фоне лечения достоверно не изменилась. Средняя продолжительность эпизодов ББИМ достоверно уменьшилась только во 2-ой группе на 22,4% (p<0,05). ЧСС во время эпизодов БИМ и ББИМ после лечения в обеих группах имело тенденцию к увеличению (p<0,1) и между группами достоверно не различалось. Величина смещения сегмента ST во время БИМ и ББИМ в 1 ой группе уменьшилась соответственно на 21,2% (p<0,05) и 18,3% (p<0,05), а во 2-ой – соответственно на 22,4% (p<0,05) и 20,2% (p<0,05). Общая продолжительность БИМ и ББИМ в 1-ой группе достоверно уменьшилась соответственно на 31,2% (p<0,05) и 34,5% (p<0,05), а во 2-ой – соответственно на 39,8% (p<0,05) и 52,4% (p<0,001). При сопоставлении количественных показателей СМ ЭКГ после лечения между группами отмечено достоверно меньшее количество эпизодов ББИМ и меньшая общая продолжительность ББИМ во 2 ой группе. Другие используемые показатели СМ ЭКГ на фоне лечения достоверно между группами не различались, однако прослеживается тенденция к более выраженному улучшению показателей СМ ЭКГ во 2-ой группе. Заключение: при наличии достоверно положительного эффекта как асирина, так и клопидогреля на показатели СМ ЭКГ, показатели безболевой ишемии миокарда на фоне лечения клопидогрелем улучшились в большей степени.

Ранние маркеры поражения почек при метаболическом синдроме.

Бейбалаева А.Т., Маммаев С.Н., Каримова А.М.

*Дагестанская государственная медицинская академия,
Махачкала*

Цель исследования: определение ранних маркеров поражения почек у больных с метаболическим синдромом (МС) и оценка взаимоотношений между показателями раннего поражения почек и нарушением функции эндотелия.

Материалы и методы. В исследование были включены 47 пациентов с МС, 23 (48,8%) мужчин и 24 (51,1%) женщин, в возрасте 54,0 [51,0; 56,0] лет. Из исследования исключались пациенты с сахарным диабетом 2 типа, с самостоятельными заболеваниями почек в анамнезе, пациенты со скоростью клубочковой фильтрации ниже 60 мл/мин/м² и вторичными формами артериальной гипертензии. В качестве контрольной группы используемой при исследовании уровня экскреции альбумина с мочой и степени эндотелиальной дисфункции (ЭД) вошли 20 практически здоровых лиц, 8 (40,0%) мужчин и 12 (60,0%) женщин, 52,5 [47,0; 54,0] лет. Группы были сравнимы по полу и возрасту (p>0,05). Диагноз МС устанавливался в соответствии с критериями согласительного документа рабочей группы международных профессиональных сообществ 2009 г. При включении больных в исследование учитывались классификационные критерии хронической болезни почек согласно национальным рекомендациям 2011 г. Уровень экскреции альбумина с мочой определяли в разовой порции методом непрямого твердофазного иммуноферментного анализа – с использованием иммуноферментных

наборов «ORGENTEC» (Австрия). Содержание эндотелина-1 (ЭТ-1) в сыворотке крови больных и пациентов контрольной группы выявили методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческих тест-наборов «Эндотелин 1–21». Для оценки степени резистентности к инсулину использовали малую модель гомеостаза с определением индекса инсулинорезистентности (ИР) (НОМА-IR). За пороговое значение ИР принимали IR-НОМА, равный 2,77 [Вопога Е. и соавт., 1998]. Фильтрационную функцию почек оценивали по скорости клубочковой фильтрации, которую определяли расчетным методом по формуле CKD-EPI с учетом возраста, пола, этнической принадлежности пациентов и уровня эндогенного креатинина крови. При проведении статистического анализа качественные признаки описывались с помощью абсолютных и относительных (%) показателей. Количественные – с помощью медианы и квартилей. Статистическая достоверность различий между группами определялись методом Манна-Уитни. При проведении корреляционного анализа применялся коэффициент корреляции Спирмана – (R). Уровень достоверности был принят как достаточный при $p < 0,05$. Результаты и обсуждение. Соответственно целям работы из исследования исключались пациенты со скоростью клубочковой фильтрации ниже 60 мл/мин/1,73 м². У 7 (14,9%) была выявлена гиперфильтрация, оптимальная фильтрация – у 16 (34,0%), незначительно сниженная скорость клубочковой фильтрации – у 24 (51,1%). Уровень креатинина в среднем составил 82,0 [78,0; 87,0] мкмоль/л. В то же время, у больных МС было выявлено статистически достоверное превышение выделение альбумина с мочой в разовой порции по сравнению с контрольной группой (9,0 [5,2; 12,2] мкг/мл и 3,3 [2,6; 4,9] мкг/мл, соответственно; $p < 0,001$). Так же на основании повышения уровня ЭТ-1 у больных основной группы, по сравнению с контрольной (3,8 [1,5; 8,0] фмоль/мл и 1,6 [0,9; 2,3] фмоль/мл, соответственно; $p = 0,012$) может свидетельствовать о развитии у больных основной группы ЭД. При проведении корреляционного анализа выявлена прямая корреляция уровня экскреции альбумина с мочой и ЭТ-1 ($R = 0,47$; $p = 0,005$). Так же выявлена прямая корреляция уровня экскреции альбумина с мочой с индексом ИР IR-НОМА2 ($R = 0,69$; $p < 0,008$), толщиной межжелудочковой перегородки ($R = 0,80$; $p < 0,001$) и систолическим артериальным давлением ($R = 0,45$; $p = 0,026$). Подобные зависимости отмечены и для уровня ЭТ-1 с индексом ИР IR-НОМА2 ($R = 0,77$; $p < 0,001$), с толщиной межжелудочковой перегородки ($R = 0,65$; $p = 0,001$) и систолическим артериальным давлением ($R = 0,43$; $p = 0,038$). Выводы 1. Уровень экскреции альбумина с мочой является более чувствительным критерием поражения почек, чем скорость клубочковой фильтрации. 2. Прямая корреляционная связь уровня экскреции альбумина с мочой с уровнем эндотелина-1, а также совпадение корреляционных взаимоотношений этих показателей с рядом клинико-лабораторных показателей метаболического синдрома позволяют считать повышение уровня экскреции альбумина с мочой одним из маркеров эндотелиальной дисфункции у больных с метаболическим синдромом.

Ранняя диагностика интерстициальных болезней легких.

Бекетов В.Д., Мухин Н.А.

Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, факультет фундаментальной медицины, Москва

Цель: разработать подходы к ранней диагностике интерстициальных болезней легких.

Материалы и методы: обследовано 61 пациент с интерстициальной болезнью легких, среди них с легочным саркоидозом (С) 40 больных, с различными вариантами фиброзирующего альвеолита (ФА) 21 больной, ранее не получавших лечение. Средний возраст больных составил 39 ± 12 лет, среди них женщин 63%, мужчин 37%. Критериями включения были: длительный кашель, одышка, рентгенологические признаки интерстициального легочного поражения, возраст 18–60 лет. Критериями исключения: наличие ишемической болезни сердца, сердечной недостаточности высоких степеней, легочная гипертензия, хроническая обструктивная болезнь легких, мастопатия, за исключением возрастных инволютивных изменений. Всем больным проводилось общее клиническое обследование, исследование маркеров активности неспецифического воспаления, мультиспиральное компьютерное томографическое исследование органов грудной клетки, диффузионная способность легких, спирометрия, определение в сыворотке крови лактатдегидрогеназы (ЛДГ) (кинетическим методом), ракового антигена СА 15-3 – высокомолекулярного гликопротеина муцинового типа (иммунохемиллюминесцентным методом), альвеоломуцина (ЗЕГ5) – гликопротеина, секретируемого альвеолярными макрофагами (иммуноферментным методом).

Результаты: повышение ЗЕГ5 выявлено у 90% больных ФА и у 97% больных С, СА-15-3 был повышен у 87% больных ФА и у 20% больных С, показатели ЛДГ превышали норму у 49% больных ФА и у 12% больных С. При проведении статистического анализа была выявлена прямая корреляция между показателями рентгенологической активности альвеолита (феномен «матового стекла») и ЗЕГ5, а также СА-15-3, отсутствие таковой с ЛДГ.

Выводы: целесообразно дальнейшее исследование сывороточной активности ракового антигена СА 15-3 – высокомолекулярного гликопротеина муцинового типа, альвеоломуцина (ЗЕГ5) – гликопротеина, секретируемого альвеолярными макрофагами, с целью раннего выявления интерстициальной болезни легких, а также мониторинга прогрессирования активности заболевания.

Показатели гликированного гемоглобина и гликемии у пациентов с сахарным диабетом, получающих лечение программным гемодиализом.

Белова Н.Г., Маркова А.С., Сумкина О.Б., Коровина И.В., Бородина Л.В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Сахарный диабет (СД) – это широко распространенное заболевание, которым страдает около 5% населения России.

Целью нашего исследования явилось изучение показателей гликированного гемоглобина (HbA1c) и суточного колебания гликемии у больных с СД, получающих программный гемодиализ. Нами было обследовано 37 пациентов с СД 1 и 2 типов, находящихся на программном гемодиализном лечении в Медицинском центре амбулаторного диализа г. Ставрополя. Пациенты были разбиты на 2 группы. 1-ая группа из 18 человек – пациенты, получающие инсулин интенсифицированным методом (12 человек с СД 1 типа и 6 человек с СД 2 типа). 2-я группа состояла из 19 пациентов и получала инсулины средней продолжительности действия (все пациенты с СД 2 типа). Давность заболевания диабетом была от 12 до 20 лет. Возраст

пациентов колебался от 25 до 47 лет, из них было 26 женщин и 11 мужчин. Исследование проводилось в течение года. Все исследуемые пациенты находились на программном гемодиализе от 1,5 до 3-х лет. В течение года всем пациентам с СД, принимавшим участие в исследовании, ежемесячно определяли уровень креатинина, мочевины, альбумина, гемоглобина, эритроцитов. Сахар крови определялся ежедневно, а во время диализа контролировался каждые 2 часа. Гликированный гемоглобин определялся каждый месяц (из-за короткой продолжительности жизни эритроцитов у больных с терминальной стадией нефропатии). Анализ полученных данных показал, что больные из 1-ой группы исследуемых, имели завышенные значения HbA1c – 10–12%. Это объяснялось тем, что именно эта группа была подвержена гипогликемическим состояниям во время диализа, причем у 12 больных полностью отсутствовала симптоматика гипогликемии, а в последиализном периоде отмечалось компенсаторное увеличение сахара крови. Показатели уровня глюкозы крови превышали 20 ммоль/л, что и объясняло подъем гликированного гемоглобина (HbA1c более 10%). С целью предотвращения гипогликемического состояния во время диализа, этим больным было рекомендовано не вводить инсулин перед процедурой гемодиализа. После данной коррекции, значения гликемии стабилизировались, что отразилось также на гликированном гемоглобине. Во второй группе наблюдалась аналогичная картина, но значения HbA1c, в сравнении с первой группой, были ниже (HbA1c 7,6%–9%), а колебания гликемии в течение суток составляли от 4,0 до 14 ммоль/л. Нужно отметить, что больные СД уже в преддиализной стадии ХПН почти полностью теряют способность распознавать приближающуюся гипогликемию – у них отсутствуют предвестники гипогликемии: потливость, головокружение, тремор, чувство голода, тахикардия и др. Развитие интрадиализной гипогликемии связано не только с нарушением привычного режима питания в день диализа, но и с потерями глюкозы во время диализа. Таким образом, более точная информация о состоянии компенсации углеводного обмена у больных СД, находящихся на программном диализе, может быть получена при непосредственном мониторинговании гликемии в течение суток и определении HbA1c один раз в месяц.

Эффективность интрапюльмональной перкуSSIONной вентиляции легких как метода респираторной терапии, обеспечивающего дренаж трахеобронхиального секрета у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в обострении.

Белых Е.В., Бабак С.Л., Горбунова М.В., Малявин А.Г.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Цель исследования. Изучить эффективность интрапюльмональной перкуSSIONной вентиляции легких (ИПВЛ), в качестве метода респираторной терапии, обеспечивающего дренаж трахеобронхиального секрета у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в период обострения. Материалы и методы. В результате скрининга были отобраны 60 пациентов ХОБЛ (мужчин – 51, женщин – 9, средний возраст: 64,14±6,16 лет), имеющих среднетяжелое и тяжелое течение заболевания, в период обострения. Пациенты были рандомизированы на 2 группы: группа «А» (n=30) получала «стандартную терапию»

согласно тяжести заболевания в соответствии с рекомендациями GOLD + ИПВЛ (3 сеанса по 20 минут, в течение 14 дней); группа «Б» (n=30) – получающих только рекомендуемую «стандартную терапию». Эффективность метода оценивалась на основании изучения динамики интенсивности дневного и ночного кашля, выраженности одышки, характера и количества отделяемой мокроты.

Результаты. В течение первых дней терапии у пациентов группы «А» отмечалось усиление дневного кашля и увеличение количества отделяемой мокроты. Уже на 2 сутки после начала терапии число пациентов, у которых стала лучше отделяться мокрота увеличилось до 96,7% в группе «А», а в группе «Б» улучшение дренажа мокроты было отмечено только начиная с 4 суток, у 85,3% пациентов. Данные различия сохранялись до 5–6 суток терапии. Начиная с 7 суток интенсивность дневного кашля в группе «А» была достоверно ниже (p<0,01). Степень интенсивности ночного кашля начала достоверно уменьшаться в группе «А» по сравнению с группой «Б» уже начиная со 2 суток лечения (p<0,02). В ходе терапии ИПВЛ в группе «А» отмечалось более быстрое изменение характера мокроты с гнойного на слизистый (с 3,6 баллов до 1,1 балла). Одышка по шкале mMRC в группе «А» достоверно уменьшилась с 3,7±1,3 до 2,9±0,8 баллов (p<0,01), в группе сравнения одышка снизилась с 3,8±0,9 до 3,2±1,2 баллов.

Выводы. Таким образом, наше исследование подтверждает положительное влияние ИПВЛ на дренажную функцию дыхательных путей при обострении ХОБЛ, что позволяет рекомендовать применение метода в повседневной клинической практике.

Особенности диагностики коморбидных состояний у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Бледнова А.Ю., Елисеев Л.Н., Сирунянц А.А., Бочарникова М.И.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Цель исследования: определение характера коморбидных состояний у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в условиях первичного звена здравоохранения.

Задачи. Определить характер коморбидных состояний у пациентов ХСН в районах Краснодарского края. Выявить особенности медикаментозной терапии ХСН с учетом коморбидных состояний в реальной клинической практике.

Материалы и методы: проанализированы авторские анкеты, включавшие 30 вопросов для персонифицированного опроса и результатов обследования 295 больных ХСН в 12 районах Краснодарского края. Наличие и тяжесть ХСН контролировалась тестом 6-минутной ходьбы, и оценки клинического статуса по шкале ШОКС в модификации В.Ю. Мареева. Определялись все известные для пациента сопутствующие заболевания. В анкетировании приняли участие 158 женщин и 137 мужчин, средний возраст которых составил 65,1±2,6 лет (63,1±3,4 года у мужчин и 66,9±2,15 лет у женщин).

Результаты: наиболее частыми причинами развития ХСН были следующие: сочетание ИБС с гипертонической болезнью (ГБ) – 48,5% случаев, изолированная ГБ – 31,9%; ИБС – в 12,9% и другие причины – 6,7%. Среди больных ИБС стенокардия напряжения диагностирована в 87,9%, перенесенный инфаркт миокарда 34%, нарушения ритма – в 35,7% случаев. У 44,1% пациентов ГБ, принимавших антигипертензивную терапию, на момент обследования АД превышало целевые значения. Количество сопутствующих хронических заболеваний варьировало от 1

до 4, в основном составляло 2–3 заболевания. Коморбидная патология была представлена заболеваниями, затрагивающими сердечно-сосудистую систему (сахарный диабет в 13,7% и хроническая венозная патология в 15,4%). Гендерные особенности коморбидности выявлены в отношении ожирения. Так среди мужчин нормальную массу тела имели 78,8% пациентов, повышенную – 21,2%, тогда как среди женщин – 34,6% и 65,4% соответственно. В обследованной группе пациентов с ХСН преобладали начальные стадии 31,2% I и 66,1% II стадия, что соответствовало 8,5% I ФК, 29,5% II ФК, 57,3% – III ФК и 4,7% IV ФК больных. Клинические проявления соответствовали традиционным для ХСН. Наибольший интерес представляли заболевания, обозначенные как внекардиальные коморбидные состояния. Именно этой группе придается большое внимание в аспекте ограничения использования медикаментозных средств. Самыми частыми из указанных в медицинских документах были сахарный диабет 2 типа, ожирение. Указанные заболевания требуют комбинированной антигипертензивной терапии, которая, однако, должна учитывать метаболические эффекты препаратов (бета-блокаторы и диуретики). Вместе с тем, по результатам анкетирования, именно бета-адреноблокаторы применялись в 70,16% случаев, диуретики – у 30,5% пациентов. Обращает на себя внимание относительно редкое назначение антагонистов рецепторов к ангиотензину II первого типа (4,06%). Мы полагаем, что недостаточно часто назначаются антикоагулянты пациентам с ХСН, несмотря на то, что антиагреганты в моно и комбинированном варианте определены у 63,7% больных. Обратило на себя внимание очень ограниченное фиксирование в диагнозах стационаров всех коморбидных состояний, которые можно было установить в беседе с пациентами, обследованных ранее другими специалистами. В частности, распространенность дегенеративных заболеваний опорно-двигательного аппарата (остаоартрит, деформирующий спондилоартрит) достигает 78,6%. По поводу данного коморбидного состояния пациенты регулярно или эпизодически принимают нестероидные противовоспалительных средств и даже малые дозы кортикостероидов, что может существенно влиять на эффективность традиционной терапии ХСН и определять развитие рецидивов декомпенсации ХСН.

Таким образом, проведенный анализ результатов анкетирования в Краснодарском крае пациентов с ХСН и дополнительный анализ их медицинской документации позволил установить, что большинство обследованных получает лечение в соответствии рекомендациям ВНОК и ОССН 2010 г., хотя назначение антагонистов альдостерона и диуретиков представляется недостаточным. Коморбидные состояния, связанные с дегенеративным поражением суставов и позвоночника часто не отражаются в заключительном диагнозе при выписке из кардиологического стационара, даже если они упомянуты в анамнезе. Это не позволяет учитывать возможные отрицательные влияния коморбидной терапии на эффективность лечения ХСН.

Эффективность профилактического консультирования в группе пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском среди сельской популяции Краснодарского края.

Болотова Е.В., Комиссарова И.М.

*Кубанский государственный медицинский университет,
Северская центральная районная больница, Краснодар*

Цель. Оценить эффективность профилактического консультирования и приверженность к рекомендованной терапии в группе пациентов

с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском (ССР) в сельской популяции Краснодарского края.

Материалы и методы. Обследована популяционная выборка населения старше 18 лет (n=2189 человек, из них 54,0 % женщин и 46,0 % мужчин), обратившихся по поводу профилактического осмотра, проживающих в сельской местности Краснодарского края. В исследование включены данные пациентов с высоким и очень высоким суммарным ССР с откликом 80,9% (n=823 человека, из них 44,1% женщин и 55,9% мужчин, средний возраст 56,8±13,0 лет; p<0,0001). Оценку суммарного ССР проводили с использованием адаптированной шкалы SCORE. С помощью стандартного вопросника, включенного в основную анкету диспансеризации (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.02.2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»), проведен опрос с целью выявления анамнестических данных о наличии ССЗ, статуса курения, употребления алкогольных напитков, недостаточной физической активности (НФА), нерационального питания (НП). Проведено измерение артериального давления (АД), расчет индекса массы тела (ИМТ), индекса курения (ИК). Определен уровень общего холестерина, липопротеидов низкой плотности, липопротеидов высокой плотности, триглицеридов, глюкозы. Всем обследованным проведено углублённое профилактическое консультирование по коррекции ФР ССЗ, по показаниям назначена фармакотерапия. Через 3 года проанализирована динамика поведенческих ФР ССЗ. Приверженность к рекомендованной терапии оценивалась с помощью специализированного опросника Мориски-Грина (М-Г). Статистическая обработка материалов проведена с использованием программ Statistica 6.10.1 и SPSS. Данные представлены в виде M±SD. Результаты исследования. Углублённое индивидуальное профилактическое консультирование проведено всем участникам динамического наблюдения, групповое («Школы здоровья») – 30,1% (мужчинам и женщинам 34,4% и 26,7% соответственно; $\chi^2=5,708$; p=0,017). В результате проведения профилактических мероприятий отмечена положительная динамика по большинству показателей. Доля лиц с нормальным ИМТ увеличилась на 10,7% ($\chi^2=58,22$; p<0,0001); количество лиц с ожирением уменьшилось на 10,0% ($\chi^2=43,16$; p<0,0001), все они перешли в группу с избыточной массой тела; количество лиц с АО уменьшилось на 8,9% ($\chi^2=72,01$; p<0,0001); с гиперхолестеринемией – на 17,9% ($\chi^2=143,06$; p<0,0001); с НФА – на 11,2% ($\chi^2=90,01$; p<0,0001); с нерациональным питанием (НП) – на 15,9% ($\chi^2=129,0$; p<0,0001), с гипергликемией – на 5,7% ($\chi^2=45,02$; p<0,0001); бросили курить – 3,2% ($\chi^2=24,04$; p<0,0001). Употребление алкоголем снизилось на 1,2% ($\chi^2=0,2$; p=0,002). Среди больных АГ на фоне антигипертензивной терапии отмечено снижение среднего уровня систолического и диастолического АД до целевых значений 137,2±12,5/80,0±10,1 мм рт. ст. (t=316,063; p<0,0001/t=227,623; p<0,0001) у 69,0% пациентов (до профилактических мероприятий средний уровень АД составил 142,56±18,6/80,86±12,1 мм рт ст. По тесту М-Г приверженность к лечению выявлена только у 41,2% (50,7% мужчин и 33,7% женщин; $\chi^2=24,186$; p<0,0001), недостаточная приверженность – у 15,2% (12,1% и 17,6%; $\chi^2=4,743$; p=0,029), отсутствие приверженности – у 23,1% (14,6% и 29,8%; $\chi^2=26,337$; p<0,0001). Средний балл приверженности к лечению составил 2,56±1,5.

Заключение. Таким образом, в результате проведения профилактического консультирования, выявлена положительная динамика в снижении ФР ССЗ. Для улучшения показателей приверженности к выполнению рекомендаций необходимо постоянное взаимодействие врача и пациента, что является важной

составляющей достижения цели профилактики и лечения ССЗ. Выявленные в нашем исследовании региональные особенности необходимо учитывать при разработке и внедрении профилактических программ.

Случай AL-амилоидоза при миеломной болезни, дебютировавший гастропатией, рефрактерной артериальной гипотонией, тромбоцитозом.

Бородина Л.В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

AL-амилоидоз – проявление плазмноклеточной дискразии, как и множественная миелома и может рассматриваться как сочетанный конкурирующий процесс. В случаях ранней диагностики заболевания можно получить положительные результаты, однако во многих случаях оно диагностируется в стадии полиорганных нарушений и поэтому результаты лечения бывают неудовлетворительными. Приводим случай заболевания. Больной П, 58 лет, поступил в нефрологическое отделение ГБУЗ «ГКБ СМП г. Ставрополя» с жалобами на резко выраженную общую слабость, снижение АД до 85/60 мм рт. ст., тошноту, боли в эпигастрии, снижение аппетита, массы тела на 13 кг за 2 месяца, тупые боли в поясничной области. Анамнез заболевания: в течение года несколько раз обследовался у гастроэнтеролога, учитывая стойкую гипотонию – в инфарктном отделении, в связи с гипертромбоцитозом (6.10.2015 г. тромбоциты $679 \times 10^9/\text{л}$) консультирован гематологом 08.10.2015 г. – Закл. реактивный тромбоцитоз, синдром ускоренного СОЭ. В декабре 2015 выявлена протеинурия, направлен в нефрологическое отделение ГБУЗ ГКБ СМП. Об-но: общее состояние тяжелое, положение пассивное, самостоятельно ходить не может из-за слабости, ортостатического коллапса, пониженного питания, кожные покровы бледные, лицо пастозно; голени, стопы отечны, тоны сердца, ритмичные, приглушены. PS = ЧСС = 102 в мин., АД = 80/55 – 70/55 – 90/60 – 100/70 мм. рт. ст. (на фоне вазопрессоров, связано с дисфункцией вегетативной нервной системы – амилоидоз нервных сплетений сосудов), живот мягкий, чувствительный в эпигастрии, печень +2 см, селезенка – пальпируется нижний полюс, почки не пальпируются, симптом поколачивания положительный. Мочеиспускание без особенностей, СД 1,4 л. Лабораторно-инструментальные методы исследования: ОАК – Нб – 96 г/л, тром. $580 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 48 мм/час. ОАМ: ОПМ 1010-1012 (поражение эпителия канальцев), белок 4,8–6,2 г/л, цилиндры гиалиновые, зернистые 4–6 в п.зр., эр. 18–20 в п.зр. В 3 исследованиях мочи обнаружен белок Бенс-Джонса. УЗИ почек: увеличены размеры почек и толщина паренхимы. УЗИ печени и селезенки: гепатоспленомегалия. (08.12.15): ЭГДС.

Заключение. Геморрагии слизистой желудка. Лимфофолликулярная пролиферация слизистой 12-перстной кишки. Миелограмма (01.11.15): плазматические клетки: 6,4% (N 01-1,8%), гиперплазирован МГКц росток за счет разных типов мегакариоцитов. Парапротеины (01.12.15): методом иммунофиксации в сыворотке в сыворотке крови обнаружен парапротеин типа лямбда класса IgG. Гистологическое исследование нефробиоптата электронная и иммунофлюоресцентная микроскопия (17.12.15), Санкт-Петербург, к.м.н. морволог-нефролог О.А. Воробьева.

Заключение. Сочетанная моноклональная парапротенемическая нефропатия: AL-амилоидоз (λ) почки с выраженным поражением

клубочков, канальцев, интерстиция, артериол и артерий. Диффузная моноклональная тубулопатия Fanconi (λ). Диффузная умеренная моноклональная цилиндровая нефропатия Bence Jones (λ). Консультирован доцентом кафедры нефрологии и гемодиализа РМАПО г. Москвы, к.м.н. Захаровой Е.В. Клинический диагноз: Множественная миелома PIG-λ с сочетанным парапротенемическим поражением почек в виде комбинации AL амилоидоза, цилиндрической нефропатии Bence Jones и моноклональной тубулопатии Fanconi (λ). ХБП С3а А 4 (СКФ = 55,4 мл/мин/1,73 м² СКД – EPI). AL-амилоидоз селезенки (гипертромбоцитоз), автономной нервной системы, надпочечников (рефрактерная гипотония), желудка и 12-перстной кишки (лимфофолликулярная пролиферация слизистых). Терапия по схеме BCD: (бортезомид+циклофосфан+дексаметазон). Анализируя случай заболевания, можно сделать заключение, что, несмотря на относительную редкость заболевания, у больного был целый комплекс симптомов, на основании которых диагноз можно было поставить в более ранние сроки и начать проводить специальную терапию, что позволило бы существенно улучшить прогноз.

Обоснование полного лабораторно-инструментального обследования у больных с диабетической нефропатией для исключения других этиологических факторов нефропатий.

Бородина Л.В., Белова Н.Г., Маркова А.С., Болурова А.Р.

Ставропольский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Ставрополь

Диабетическая нефропатия, обусловленная сахарным диабетом (СД), II типа, наблюдается у лиц старшего возраста, у которых могут быть и другие заболевания, проявляются нефропатией и требующие специального лечения. Однако эта патология маскируется диабетической нефропатией и остается нераспознанной до терминальной стадии, иногда распознается только на секции. Приводим некоторые примеры таких ситуаций. Больной Д., 78 лет, повторно поступил в нефрологическое отделение с диагнозом: диабетическая нефропатия, ХБП 3 ст., СДII тип на инсулине. ИБС, мерцательная аритмия, нормосистолическая форма. ХСН II Б ст. После первой госпитализации, 3 месяца назад была откорректирована сахароснижающая, антигипертензивная терапия с включением иАПФ, назначен сулодексид, однако протеинурия имела тенденцию к увеличению. Прогрессировала гипопроteinемия, массивные отеки, рецидивирующий гидроторакс. ОАМ – белок 5,6 г/л, эритроциты – измененные большое количество, цилиндры гиалиновые 7–9, зернистые 1–4, УЗИ почек: 101x53 мм, толщина паренхимы 15 мм, эхогенность повышенная. В связи с неэффетивностью вышеуказанной терапии, несмотря на возраст, мерцательную аритмию, решено было выполнить нефробиопсию. Патогистологическое исследование биоптата почки, светооптическая микроскопия (16.12.15): капиллярные петли большинства клубочков деформированы, увеличен мезангиальный матрикс, пролиферация мезангиальных клеток на территории клубочков; в большинстве клубочков выявляются сенехии; фиброз. Закл.: хронический мезангиальный (мезангиопролиферативный) гломерулонефрит с тубуло-интерстициальным компонентом. Амилоида не выявлено. Учитывая СД назначены циклофосфан, азатиоприн, через 4 месяца отмечена отчетливая положительная клинико-лабораторная динамика,

протеинурия снизилась до 1,26 г/л. Второй случай. Больной М., 59 лет, клинический диагноз: СД II тип. Диабетическая нефропатия, ХБП IV стадия, рефрактерный нефротический синдром. ОАК – периодически тромбоцитоз (характерен для амилоидоза). ОАМ: белок 6,4 г/л, эритроц. 20–24 в п/зр., цил. зерн 3–5 в п.зр., креатинин, 392,51 мкмоль/л. УЗИ почек: правая 125x59 мм, левая почка: 134x59 мм. Паренхима 21 мм. УЗИ печени: размеры умеренно увеличены, селезенка 135x42 мм. Около 5 лет назад (15.03.2010 г.) при УЗИ печени и селезенки: гепатомегалия, умеренная спленомегалия. Но эти данные остались без интерпретации. Учитывая показатели креатинина, тяжесть состояния выполнили только биопсию кожно-мышечного лоскута. Патолого-гистологическое заключение (20.02.2016 г.): окраска на амилоид положительная. Для исключения миеломной болезни, как причины амилоидоза выполнили стерильную пункцию: изменений в миелограмме не выявлено. Тип амилоида не идентифицирован. Назначена терапия димексидом, малыми дозами циклофосфана. Таким образом, у больных с диабетической нефропатией, особенно обусловленной СД II типа, всегда необходимо тщательное клинико-лабораторное обследование для исключения другой патологии, которая явилась основным этиологическим фактором нефропатии и требует принципиально иной лечебной тактики.

Оценка факторов риска прогрессирования хронической болезни почек у больных сахарным диабетом II типа.

Бородина Л.В., Белова Н.Г., Маркова А.С., Шелудько Е.А., Болурова А.Р.

Ставропольский государственный медицинский университет, Городская клиническая поликлиника №6, Ставрополь

Частота сахарного диабета (СД), в частности II типа, непрерывно увеличивается. Несмотря на достигнутые успехи в лечении этого заболевания, частота его осложнений не уменьшается. Одно из осложнений, диабетическая нефропатия, является причиной высокой инвалидизации, затратным методом лечения терминальной хронической почечной недостаточности – программным гемодиализом. Вместе с тем, профилактика, ранняя диагностика и активное воздействие на факторы риска прогрессирования хронической болезни почек (ХБП) могут существенно улучшить прогноз. Различают факторы риска прогрессирования ХБП: немодифицируемые (возраст, мужской пол, наследственность) и модифицируемые (гипергликемия, высокобелковая диета, курение, гиперурикемия, гиперфосфатемия, недостаточно контролируемая артериальная гипертензия, ожирение, артериальная гипертензия, гипергомоцистеинемия, латентная инфекция мочевыводящих путей, длительный приём НПВС).

Цель нашей работы: уточнить наличие модифицируемых факторов риска прогрессирования (МФРП) у больных СД II ст.

Материал и методы. Нами обследовано 42 больных находившихся на лечении в нефрологическом отделении ГБУЗ «ГКБ СМП г. Ставрополя» и ГБУЗ СК «Городская клиническая поликлиника №6». Мужчин было 12 человек, женщин – 30. Возраст 54–62 года, с момента верификации заболевания от 2 до 5 лет. Для коррекции гликемического профиля больные получали пероральные препараты (манинил, диабетон МВ, глидиаб), 60% в сочетании с бигуанидами, 12% получали небольшие дозы инсулина. Целевыми показателями компенсации считались HbA1c, % <7,0. ХБП определялось от 2 до 3а стадии (т.е. стадий, при

которых профилактику прогрессирования ХБП проводят участковые терапевты, эндокринологи).

Результаты исследования. Немодифицируемые факторы риска ХБП констатированы у 19 больных, у всех на них насланивались модифицируемые факторы риска от 3 до 10. Недостаточная коррекция гликемического профиля констатирована у 11 больных (26,19%), курение у 4 (9,52%), прием высокобелковой диеты подтвердили 14 больных (33,3%), недостаточно контролируемая артериальная гипертензия в различной степени отмечена у 17 человек (40,4%), причем 9 больных (21,42%) получали монотерапию амлодипином или пролонгированными нифедипинами, что могло ускорить прогрессирование ХБП за счет повышения внутрисосудочной гипертензии вследствие расширения препаратами этой группы приносящей артерии; ожирение различной степени наблюдалось у 13 (30,9%), длительно нелеченная умеренно выраженная инфекция мочевых путей – у 10 (23,8%), длительный, во многих случаях недостаточно обоснованный приём НПВС оказался у 5 (11,9%), у 9 человек определяли гомоцистеин крови, у 4 (44,3%) показатель превышал нормальные параметры. Таким образом, все больных СД II типа, осложненном ХБП, имели несколько факторов риска прогрессирования ХБП, многие из модифицируемых вполне реально значительно уменьшить, что улучшит прогноз ХБП. Достигается это можно различными методами: в стационарах и поликлиниках проводить лекции, беседы, вывешивать наглядные материалы, выдавать больным информационные материалы, написанные интересно, доступно, убедительно.

Гиперкальциемия как дебют миеломной болезни.

Бородина Л.В., Козакова С.А., Шелудько Е.А., Болурова А.Р., Сердюков В.Н., Шелудько К.Ф.

Ставропольский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Ставрополь

Миеломная болезнь (МБ) – опухоль из плазматических клеток (дифференцированные В-лимфоциты), секретирующих моноклональный патологический Ig (парапротеин), с преимущественным поражением костей, склонностью к спонтанным переломам, нарушением белкового обмена, поражением почек. Особенностью течения (МБ) является очень разнообразная клиническая картина. Гиперкальциемия является одним из симптомов МБ. Во многих случаях заболевания она появляется на фоне развернутой симптоматики, но иногда она является ранним превалирующим симптомом. Типичные симптомы гиперкальциемии проявляются со стороны желудочно-кишечного тракта (запор, тошнота, рвота, боли в животе), неврологические (сонливость, спутанность сознания, психические расстройства), почечные (полиурия, полидипсия). Мы наблюдали 4 случая МБ, в которых гиперкальциемия была в дебюте заболевания. Больная М., 54 лет, медицинская сестра, без видимой причины появилась полиурия, выраженная полидипсия, общая слабость. В связи с отягощенным семейным анамнезом по сахарному диабету, симптомы трактовались как дебют этого заболевания, но поскольку показатели глюкозы крови были нормальными, считали, что гипергликемия является периодически, не в те часы, когда выполняется забор крови на анализы. Со временем появилась тошнота, позывы на рвоту,

периодические боли в животе, не связанные с приемом пищи. В ОАК определялась умеренная анемия, незначительно повышение СОЭ, при УЗИ брюшной полости, почек патологии не выявлено. Через несколько месяцев выявлена протеинурия, появились боли в костях, при R-графии плоских костей выявлены дефекты, проведена стерильная пункция – процент плазматических клеток до 45%, кальций крови – 3,39 ммоль/л. Назначена терапия МБ по схеме VDC (велкейд, десаметазон, циклофосфан), была проведена терапия гиперкальциемии (регидратация, фуросемид, фосомакс-ингибитор костной резорбции, относится к группе бифосфонатов). Быстро исчезли симптомы, которые можно трактовать как проявление гиперкальциемии – полиурия, полидипсия, тошнота, боли в животе. Сохранялись боли в костях, терапия МБ продолжена. Другие случаи в целом близки по клиническим проявлениям в дебюте МБ, преобладала неврологическая и гастроэнтерологическая симптоматика, связанная с гиперкальциемией. Больные мужчины в возрасте 46–65 лет. Без видимых причин появлялась головная боль, нарушение психики, обследовались у неврологов, 2 больным выполнялась компьютерная томография головного мозга, были также неопределенные гастроэнтерологические симптомы, обследовались у гастроэнтерологов, ставился диагноз панкреатита. Такая симптоматика продолжалась в течение нескольких месяцев и только когда появлялись выраженные боли в костях, ускорение СОЭ, определяли парапротеины, устанавливался диагноз МБ, определялся кальций крови – 3,52 и 3,48 ммоль/л, тогда ретроспективно оценивали ранее не совсем объяснимые симптомы, не поддающиеся терапии. Коррекция гиперкальциемии на фоне базисной терапии МБ приводила к исчезновению этих симптомов. Гиперкальциемия также может быть при злокачественных опухолях, поэтому знание этой симптоматики поможет в более ранней диагностике ряда заболеваний.

Случай поздней диагностики периодической болезни, осложнившейся АА-амилоидозом.

Бородина Л.В., Рыбас А.В., Болурова А.Р., Шелудько К.Ф.

*Ставропольский государственный медицинский университет,
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи,
Ставрополь*

Периодическая болезнь (ПБ) – наследственное заболевание с аутосомно-рецессивным механизмом передачи, имеющее аутовоспалительную природу, с этнической избирательностью, чаще встречается у евреев, армян, арабов, греков, турков, народов Кавказа, с ранним началом болезни в детском и юношеском возрасте. Проявляющееся периодически возникающими немотивированными приступами лихорадки, сопровождающимися сильными болями в животе и/или грудной клетке, гипертермией. В основе атак ПБ лежит острое поверхностное асептическое воспаление серозных оболочек и синови. ПБ часто осложняется амилоидозом с преимущественным поражением почек. Ранняя диагностика заболевания и длительная терапия колхицином позволяют улучшить качество жизни. Знание данного заболевания необходимо широкому кругу практикующих врачей, т. к. в нашей стране много этносов, в которых распространено данное заболевание, и встретить такого подобного пациента может любой врач. К сожалению, заболевание относительно мало известно клиницистам, поэтому диагноз ставится с запозданием, а число диагностических ошибок велико. Приводим случай заболевания. Больной Х. С., 36 лет, гагаец. Из анамнеза: с восьмилетнего

возраста беспокоят боли в животе с частотой 2–3 раза в месяц, не проявляющиеся диспепсическими симптомами, не связанные с физической нагрузкой и какими-либо другими факторами. Периодически стационарное обследование в хирургических стационарах в связи с абдоминальными болями, но патологии брюшной полости не выявлено, в последние годы появилась выраженная общая слабость, чаще появлялись абдоминальные боли, нарастал отечный синдром. Похудел на 20 кг. Появились отеки на лице, ногах. Госпитализирован в нефротерапевтическое отделение г. Ставрополя. В объективном статусе – снижение массы тела. Лабораторно-инструментальные данные: в общем анализе крови анемия, тромбоцитоз типичный для амилоидоза, ускоренное СОЭ. Суточная протеинурия – 6,5 г/л. Снижены общий белок и альбумины крови. Креатинин крови 650 мкмоль/л. УЗИ печени и селезенки – размеры увеличены. УЗИ почек: размеры обеих почек почти равны 129–130 на 63 мм, толщина паренхимы 23 мм. Эхогенность паренхимы высокая. Структура с выраженной диффузной неоднородностью. Кортико-медулярная дифференцировка слоев паренхимы нечеткая, размытая. Выполнена нефробиопсия. Заключение АА амилоидоз. Диагноз: Осн.: Периодическая болезнь, преимущественно абдоминальный вариант, непрерывно рецидивирующее течение. Осл. АА амилоидоз с преимущественным поражением почек, печени и селезенки. Нефротический синдром. ХБП С5 А4. Программный гемодиализ. Начата терапия колхицином, через несколько дней абдоминальные боли исчезли, что подтверждало диагноз ПБ. Анализ случая заболевания: учитывая рецидивирующий абдоминальный синдром. Диагноз ПБ можно было заподозрить намного раньше и начать терапию колхицином, возможно, тогда можно было бы предотвратить осложнение амилоидозом, хроническую почечную недостаточность, существенно улучшить качество жизни вследствие исчезновения абдоминального синдрома. Таким образом, недостаточная осведомленность врачей в отношении ПБ приводит к поздней диагностике, часто в инкурабельной стадии. Каждый случай заболевания должен быть предметом разбора на врачебных конференциях с целью повышения знаний по этой патологии.

Роль врачей общей практики в ведении больных, находящихся на программном гемодиализе.

Бородина Л.В., Шелудько Е.А., Болурова А.Р., Шелудько К.Ф.

Городская клиническая поликлиника №6, Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

В настоящее время в России и нашем крае непрерывно расширяется сеть диализных центров, быстрыми темпами увеличивается количество больных, находящихся на программном гемодиализе (ПГД). Диализные центры повсеместно оснащены современными диализными аппаратами, проводится коррекция анемии и фосфорно-кальциевого обмена препаратами 3–4 поколения. По существу исчез возрастной критерий для взятия больных на ПГД. Уменьшились и противопоказания со стороны патологии внутренних органов. Стоимость лечения больных высока, что требует необходимости обеспечения хорошего качества жизни больных. Участковые терапевты, семейные врачи, с которыми наиболее часто контактируют больные, должны знать особенности ведения пациентов этой категории. Особенности больных,

находящихся на ПГД, являются: 1. количество мочи на ПГД прекращается почти полностью в течение 1–3 месяцев, поэтому: а) больным на ПГД не назначается в/венное введение жидкости, иначе будет некупируемый отек легких; б) ограничивается прием соленых продуктов, чтобы уменьшить жажду, и, следовательно, дополнительный прием жидкости; 2. измерять АД на руке, на которой выполнена А-В фистула – сосудистый доступ для проведения ПГД – нельзя, так как повышается риск тромбоза сосудистого доступа-артериовенозной фистулы (при сдавлении манжетой сосудов – выделяется тромбопластин, активирующий гемокоагуляционный потенциал); 3. в отличие от додиализного периода ограничений приеме белковой пищи нет, но необходимо ограничивать прием белков, содержащих высокую концентрацию фосфора, так как гиперфосфатемия усиливает кальцификацию сердечно-сосудистой системы; ограничивается прием продуктов, содержащих высокую концентрацию калия, водный режим – по допустимой динамике массы тела, которую определяют врачи отделений гемодиализа; 4. перед сеансами ГД не назначаются дорогостоящие препараты, так как часть лекарственных средств во время сеансов ГД – удаляется с ультрафильтратом; 5. перед сеансами ГД вводится 5–8 тыс. ЕД гепарина, поэтому у больных с эрозиями и язвами ЖКТ высокий риск кровотечений, необходима профилактическая терапия, эрадикацию хеликобактер, антисекреторные препараты; 6. если у больных, находящихся на ПГД, вводится большая доза гемостатических препаратов, возможен риск тромбоза артериовенозной фистулы; 7. у больных, находящихся на ПГД, – целевое АД выше, чем в додиализном периоде – 130/80 – 140/90 мм.рт. ст., т.к. при снижении АД замедляется кровоток и увеличивается риск тромбоза А-В-фистулы. С целью изучения осведомленности участковых терапевтов, провели анкетирование 48 врачей на предмет знания вышеуказанной информации. Выяснено, что около 72% процентов опрошенных имеют недостаточное знание по ведению больных, находящихся на программном гемодиализе. Следовательно, необходима просветительская работа в виде освещения проблемы на терапевтических обществах, издании информационных материалов.

Полиморфизм гена ITGA2 у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий с низким риском тромбоэмболических осложнений.

Булгакова Н.Е., Колесников В.Н., Байкулова М.Х., Белоловова Т.И., Власянц Е.А., Деревя М.В., Игнатенко И.В., Кривенко Н.Н., Боева О.И.

Ставропольский государственный медицинский университет, Краевой клинический кардиологический диспансер, Ставрополь

Цель исследования – изучение взаимосвязи между полиморфизмом C807T гена ITGA2 и клиническими исходами у больных фибрилляцией предсердий (ФП) с низким риском тромбоэмболических осложнений (ТЭО) по шкале CHA2DS2-VASc.

Материал и методы. В исследование было включено 98 больных с неклапанной ФП в возрасте от 19 до 62 лет (средний возраст 52,6±9,4 года), не получавших антитромботической терапии, из них 82,7% мужчин, 17,3% женщин. Период наблюдения составил 36 месяцев. Конечными точками считали развитие острого нарушения мозгового кровообращения или транзиторной ишемической атаки.

Полиморфизм C807T гена ITGA2 идентифицировали методом полимеразной цепной реакции при помощи набора реагентов «SNP-экспресс» для амплификации. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета прикладных программ SPSS Statistics 20.0 for Windows.

Результаты. Полиморфизм C807C гена ITGA2 был выявлен у 56 (57,1%) обследованных, полиморфизм C807T – у 32 (32,7%) больных; 10 (10,2%) пациентов оказались гомозиготными носителями мутантной аллели. Распределение генотипов соответствовало закону Харди-Вайнберга. Конечных точек за период наблюдения достигли 12 (12,2%) больных. В группе пациентов, имеющих конечные точки, носители мутантной аллели составили 75% (n=9), а в группе без конечных точек – 38,4% (n=33). Среди пациентов, носителей мутантной аллели конечных точек достигли 9 из 42 пациентов, что составило 21,4%, а в группе гомозигот по нормальной аллели – 3 из 56 человек (5,4%). Данные различия были статистически значимы (p=0,027), отношение шансов при 95% доверительном интервале составило 4,82 (1,22 – 19,1). Была обнаружена прямая корреляционная связь между наличием мутантного аллеля и возникновением конечных точек, значение коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r) составило 0,243.

Выводы. Известно, что наличие мутантной аллели гена ITGA2 влечет за собой увеличение плотности рецепторов тромбоцитов, что приводит к усилению индуцируемой коллагеном агрегации тромбоцитов. На сегодняшний день имеющиеся данные о риске возникновения ишемических инсультов у пациентов – носителей мутантной аллели C807T достаточно противоречивы. Крайне мало исследований в группе пациентов с фибрилляцией предсердий. Полученные нами данные свидетельствуют о связи данного полиморфизма с риском возникновения тромбоэмболических осложнений у пациентов с фибрилляцией предсердий.

Влияние лазерной терапии на кислородзависимую цитотоксичность нейтрофилов у больных внебольничной пневмонией.

Бурдули Н.М., Габуева А.А.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ

Внебольничные пневмонии (ВП) остаются одним из самых распространенных заболеваний индустриального общества. По данным литературы, одним из механизмов повреждения ткани легких при пневмонии является дополнительный прирост в плазме крови концентрации миелопероксидазы (МРО). Несмотря на наличие огромного количества лекарственных препаратов с антибактериальной, противовоспалительной активностью, проблема лечения пневмоний далека от разрешения. Поэтому весьма актуальной представляется цель нашего исследования: изучение влияния внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) на кислородзависимую цитотоксичность нейтрофилов у больных ВП. Материалы и методы. Обследовали 100 больных ВП в возрасте от 19 до 75 лет (мужчин – 61, женщин – 39, средний возраст 54±14 лет). Диагноз ВП выставлялся по наличию характерных жалоб, физикальных данных, лабораторных показателей, свойственных данной патологии, а также инфильтративных изменений на рентгенограмме. Все больные случайным методом были разделены на контрольную (30

человек) и основную (70 человек) группы. Пациенты контрольной группы получали только медикаментозное лечение с назначением: антибактериальных, муколитических и отхаркивающих препаратов в течение 10–14 дней. Пациентам основной группы помимо традиционной медикаментозной терапии проводили курс ВЛОК по методике А.В. Гейница и С.В. Москвина (2010 г.) с использованием аппарата лазерной терапии «Матрикс-ВЛОК», длиной волны 0,405 мкм, выходной мощностью на торце одноразового световода 1–1,5 мВт, в непрерывном режиме излучения. Продолжительность одной процедуры 5 минут, на курс 7 ежедневных процедур. Для изучения кислородзависимой цитотоксичности нейтрофилов мы определяли содержание МПО до и после лечения в сыворотке крови с помощью набора реагентов Human MPO производства R&D Systems (США). Для статистической обработки полученных данных применяли программу Microsoft Excel, 2010. Для оценки статистической значимости различий средних в случаях двух выборок использовался t-критерий (критерий Стьюдента). Различия считались достоверными при вероятности ошибки $p < 0,05$.

Полученные результаты. В зависимости от исходного уровня МПО пациенты были распределены на группы с пониженным (43 человека) и повышенным (57 человек) содержанием МПО. До лечения в обеих группах преобладали лица с повышенным содержанием МПО (40 человек в основной группе и 17 человек в контрольной). Повышенное содержание МПО свидетельствует о сохраняющейся способности нейтрофилов к полноценному завершению фагоцитозу микроорганизмов. Однако чрезмерный прирост МПО может способствовать деструкции собственных тканей, что усугубляет течение воспалительного процесса и может служить причиной затяжного течения заболевания. Среди обследованных нами пациентов 30 человек в основной и 13 человек в контрольной группе составили лица с пониженным содержанием МПО. Снижение уровня МПО может свидетельствовать о депрессии фагоцитарной функции нейтрофилов. После лечения в обеих группах выявлены различной степени выраженности изменения. Так, у пациентов с исходно пониженной продукцией МПО в основной группе после лечения отмечалось достоверное ее повышение с $13,1 \pm 1,12$ до $20 \pm 1,7$ нг/мл, достигшее показателей нормы. В то время как в контрольной группе повышение уровня МПО оказалось статистически недостоверным и не достигло нормальных величин. У пациентов с исходно повышенным содержанием МПО после лечения отмечается снижение данного показателя в обеих группах. Так, у больных контрольной группы уровень миелопероксидазы снизился до $28,6 \pm 1,83$ нг/мл, что оказалось статистически недостоверным и превысило показатель нормы, тогда как у пациентов основной группы, получавших ВЛОК, снижение МПО с $32,8 \pm 1,41$ до $20 \pm 1,2$ нг/мл носило статистически достоверный характер и достигло нормальных значений.

Выводы. Полученные результаты показывают, что ВП, с одной стороны, сопровождается разнонаправленным изменением миелопероксидазной активности нейтрофилов, а с другой стороны, стандартная медикаментозная терапия больных ВП не приводит к достоверному улучшению содержания МПО, тогда как у пациентов, дополнительно получавших сеансы ВЛОК, наблюдается достоверная нормализация уровня МПО как при исходно сниженном ее содержании, так и при исходно повышенном, что свидетельствует о корректирующем действии ВЛОК на кислородзависимую функциональную активность нейтрофилов, которая в свою очередь способствует более активному уничтожению и разрушению поглощенных бактерий и обеспечивает успешное завершение воспалительного процесса.

Динамика липидного спектра крови у больных остеоартрозом с сердечно-сосудистыми рисками при лечении комбинированной терапией.

Васильева Л.В., Евстратова Е.Ф., Никитин А.В., Бурдина Н.С.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Цель исследования: проанализировать воздействие комбинации парентерального введения хондроитинсульфата (препарата хондрогард, Х) и низкоинтенсивного лазерного инфракрасного излучения (НИЛИ) на параметры липидного спектра крови у пациентов остеоартрозом (ОА) с сердечно-сосудистыми рисками. Материал и методы: пролечено НИЛИ, в комбинации с парентеральным введением Х и традиционной терапией (ТТ) 20 больных (14 женщин и 6 мужчин в возрасте 62±8,9 лет) ОА с абдоминальным ожирением, атеросклерозом. У мужчин окружность талии (ОТ) составила $>102 \pm 4,8$, у женщин $>88 \pm 3,9$ см. Значение показателей липидного спектра были: общий холестерин (ОХ) – $6,8 \pm 0,3$ ммоль/л, холестерин липидов низкой плотности (ХЛНП) – $4,8 \pm 1,9$, холестерин липидов высокой плотности (ХЛВП) – менее $0,6 \pm 0,1$ соответственно. Количество триглицеридов составило более $1,9 \pm 0,4$. 10 пациентов ОА, аналогичных по возрасту и факторам риска, получавших только традиционное патогенетическое лечение, были включены в контрольную группу.

Результаты: у пациентов, получавших Х, ТТ и НИЛИ, наблюдалось достоверное снижение показателей липидного спектра крови. Уровень общего холестерина снизился с $6,8 \pm 0,3$ на 7–10 день до $5,9 \pm 0,1$ ммоль/л, составив 82,6% от первоначального ($p < 0,05$). Через 3 месяца от начала лечения этот показатель оставался стабильным, $5,6 \pm 0,08$ ммоль/л, а через 6 месяцев снижение достигло $5,1 \pm 0,2$ и составил 76,2% от первоначального значения ($p < 0,01$). Такая же достоверная положительная динамика отмечена при исследовании в динамике ХЛНП, ХЛВП, ТГ ($p < 0,01$). Также значительно уменьшился болевой суставной синдром по ВАШ в баллах с $3,48 \pm 0,72$ до $1,8 \pm 0,08$, ($p < 0,01$). У больных контрольной группы наблюдалось недостоверное ухудшение динамики общего холестерина, ХЛНП, ХЛВП, ТГ, ($p > 0,05$). Выводы: комбинированная терапия с включением НИЛИ и Х у больных остеоартрозом с ожирением, атеросклерозом не только уменьшает боль в суставах, но и значительно улучшает липидный обмен, что объясняется положительным воздействием НИЛИ на сосудистое русло, на функциональные возможности системы органов желчевыделения и выраженным потенцированным обезболивающим и противовоспалительным действием.

Возможности метформина в терапии метаболического синдрома у больных ревматоидным артритом: влияние на показатели липидного спектра крови.

Васильева Л.В., Лахин Д.И.

Воронежский государственный медицинский университет, Липецкая областная клиническая больница, Воронеж, Липецк

В настоящее время на проблему метаболического синдрома (МС) устремлено внимание врачей всего мира. Практически все компоненты МС представляют собой независимые факторы риска развития сердечно-сосудистых осложнений, а сочетание

нескольких компонентов существенно повышает опасность их развития. При МС инсулин не способен подавлять окисление липидов и на фоне инсулинорезистентности отмечается увеличение содержания триглицеридов, холестерина липопротеидов очень низкой плотности, липопротеидов низкой плотности, свободных жирных кислот, а также снижение холестерина липопротеидов высокой плотности. В связи с этим вызывает интерес влияние метформина, препарата снижающего инсулинорезистентность, на показатели липидного спектра крови.

Цель исследования: оценить эффективность метформина в отношении основных показателей липидного спектра крови у больных ревматоидным артритом (РА) с МС.

Материал и методы. В обследование включены 35 больных РА с диагностированным МС – 26 женщин и 9 мужчин, в возрасте от 44 до 71 года, получавших на фоне патогенетической терапии РА метформин по 500 мг 2 раза в сутки на протяжении 12 месяцев. Все пациенты находились на стационарном лечении в ревматологическом отделении ГУЗ «Липецкая областная клиническая больница» в 2013–2015 гг. Диагноз формулировался на основании Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), подготовленной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Женева, 1992 г. МС диагностировался в соответствии с критериями, принятыми Международной Федерацией диабета в 2005 г., и удовлетворял критериям, разработанным ВНОК в 2007 г. Критериями включения больных в исследование были: неудовлетворительный эффект от предшествующей медикаментозной терапии, отсутствие у пациентов беременности, злокачественных новообразований, а также сопутствующей патологии печени и почек в стадии декомпенсации. По мере необходимости пациенты получали нестероидные и базисные противовоспалительные препараты, гипотензивную терапию и другие средства симптоматического лечения. Биохимическими методами определяли показатели липидного спектра крови: общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой и низкой плотности, триглицеридов, индекса атерогенности. Данные показатели отслеживались на 1–3, 7–10 день стационарного лечения, а также спустя 3, 6 и 12 месяцев. Подсчитывали величину средней, ошибки средней. Достоверность различий изученных показателей определяли по критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Среди пациентов, получавших метформин, нежелательных побочных реакций, потребовавших отмены терапии, зарегистрировано не было. В отношении уровня общего холестерина имела место тенденция к его снижению на протяжении 6 месяцев с $5,8 \pm 0,16$ ммоль/л до $5,54 \pm 0,15$ ммоль/л, однако к концу исследования данный показатель оказался достоверно ниже первоначальных значений и составил $5,36 \pm 0,15$ ммоль/л ($p < 0,05$). При этом отмечалась тенденция к снижению уровня триглицеридов на протяжении 3 месяцев с $2,45 \pm 0,16$ ммоль/л до $2,23 \pm 0,12$ ммоль/л. Через 6 и 12 месяцев наблюдения данный показатель достоверно снизился, составив $2,04 \pm 0,12$ ммоль/л ($p < 0,05$) и $1,98 \pm 0,11$ ммоль/л ($p < 0,05$) соответственно. Уровень холестерина липопротеидов высокой плотности имел тенденцию к повышению на протяжении 3 месяцев с $0,99 \pm 0,02$ ммоль/л до $1,04 \pm 0,02$ ммоль/л, а через 6 и 12 месяцев отмечалось достоверное увеличение данного показателя до $1,05 \pm 0,02$ ммоль/л ($p < 0,05$) и $1,06 \pm 0,02$ ммоль/л ($p < 0,05$) соответственно. Значения холестерина липопротеидов низкой плотности достоверно уменьшились с $4,02 \pm 0,09$ ммоль/л до $3,76 \pm 0,09$ ммоль/л ($p < 0,05$) через 3 месяца, составив $3,74 \pm 0,09$ ммоль/л ($p < 0,05$) через 6 месяцев и достигнув $3,69 \pm 0,08$ ммоль/л ($p < 0,01$) к концу исследования. При этом регистрировалось достоверное снижение индекса атерогенности с $5,09 \pm 0,17$ до $4,56 \pm 0,18$ ($p < 0,05$) через 3 месяца, до $4,45 \pm 0,17$ ($p < 0,05$) через 6 месяцев и до $4,45 \pm 0,17$ ($p < 0,001$) к концу исследования.

Выводы. Таким образом, на фоне терапии метформинном за 12 месяцев наблюдалась достоверное снижение уровня общего холестерина и триглицеридов, снижение холестерина липопротеидов низкой плотности и индекса атерогенности, а также достоверное увеличение показателя холестерина липопротеидов высокой плотности. Данные факты подтверждают положительное воздействие препарата на все основные показатели липидного спектра крови и позволяют рекомендовать включение метформина в комплексное лечение больных РА с МС.

Метаболические нарушения у больных ишемической болезнью сердца и их коррекция с помощью ингибитора ангиотензинпревращающего фермента.

Васильева Л.В., Никитин А.В., Жемчужников С.В., Васильева Е.М., Булуева Х.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко, Воронеж

С целью коррекции метаболических нарушений у больных ишемической болезнью сердца с метаболическим синдромом в комплексную терапию 42 пациентов был включен прием Периндоприла («Престариум А») в дозе 10 мг 1 раз/сутки в течение 3 месяцев с повтором курса через месяц. Средний возраст пациентов составил $56,2 \pm 4,8$ лет. Все больные были с клинико-лабораторными проявлениями МС. У 100% больных отмечены – избыточная масса тела и ожирение I–II степени, артериальная гипертензия I–II степени, нарушение углеводного обмена в виде нарушения глюкозы натощак у 22,6%, нарушение толерантности к глюкозе – у 60,7%, дислипидемия – у 84,5% больных. Комплексное обследование проводилось на 1–3, 11–13 день, пребывания в стационаре, через 3 и 6 месяцев и включало анализ данных объективного осмотра, данных теста бШМТ, суточного мониторирования АД, вариабельности АД, анализ биохимических показателей углеводного, липидного обмена, резистина, эндотелина-1, фибриногена. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета Statistica 7.0. Проведенное исследование эффективности периндоприла показало статистически значимое последовательное снижение уровня изучаемых показателей липидного спектра с первого до четвертого визита. Через 6 месяцев на 10,2% уменьшилось содержание общего холестерина ($p=0,00012$), триглицеридов – с $3,17 (2,94;3,28)$ ммоль/л до $2,42 (2,34;2,66)$ ммоль/л ($p^* < 0,05$), увеличились средние значения ХС ЛПВП, но не достигли оптимальных значений. Отмечено достоверное снижение резистина до $12,4$ нг/мл ($p^* < 0,05$), эндотелина-1 до $0,58(0,54;0,62)$ фМоль/мл ($p^* < 0,05$), фибриногена – до $2,84$ г/л ($p^* < 0,05$). Исходно повышенный уровень «офисного» АД у всех больных (выше 140/90 мм рт.ст.) достоверно снизился на фоне лечения уже ко 2 визиту и продолжил снижение к 3-му и 4-му визиту, что подтверждалось результатами СМАД. Достоверно уменьшились значения суточного, дневного и ночного САД на 9,4%, 16,5%, 7,7% и ДАД на 16,0%, 9,0%, 6,4%. Индекс времени САД достоверно уменьшился как в дневные (с 64,8 (60,2;70,4)% до 55,7 (53,7;61,8%)), так и в ночные часы (с 82,2 (78,7;8,8)% до 74,4 (70,1 (79,5)%) и индекс времени ДАД достоверно уменьшился в дневные часы с 54,3 (48,2;59,3)% до 44,8 (40,3; 52,1%) и ночные часы (с 58,8 (51,4;63,7)% до 41,1 (37,8;46,4)%). Вариабельность САДд уменьшилась на 39,9 %, САДн – на 23,1%, ДАДд – на 38,3%, ДАДн – на 24,6%.

Закключение. Таким образом, представленные результаты показывают положительное действие периндоприла на метаболический дисбаланс у больных ИБС и достаточный гипотензивный эффект у всех пациентов.

Особенности диагностики и лечения хронической болезни почек у пациентов с ИБС в условиях II терапевтического отделения ГБУЗ РБ ГКБ №5.

Васильева Л.Ю.

Башкирский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница №5, Уфа

Цели и задачи исследования. Изучить функциональное состояние почек у пациентов с хроническими формами ИБС, находившихся на стационарном лечении во 2 терапевтическом отделении с октября 2014 г. по март 2015 г. ГБУЗ ГКБ №5 г. Уфа.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 50 пациентов ИБС, поступивших в отделение за 6 месяцев на предмет выявления ХБП.

Результаты и обсуждение. Пациенты с ХБП различались по возрасту, полу, сопутствующим заболеваниям. Средний возраст обследуемых составил 71,6 лет; 45 человек (90%) составили лица пенсионного возраста, из них 18 человек (40%) имели инвалидность II или III группы, 5 человек (10%) – лица трудоспособного возраста различных профессий. Мы установили, что диагноз ХБП как сопутствующая патология изначально в стационаре был выставлен всего лишь 35% обследуемым. Среди пациентов с ХБП значительно чаще встречались сердечно-сосудистая патология и СД 2 типа. Среди поступивших пациентов с ИБС АГ установлена у 72% пациентов, большинство которых имели 3а стадию ХБП. Больные ИБС с сопутствующей патологией АГ и СД составили 16%, у половины из них была диагностирована 2 стадия ХБП. Доля лиц с первичным поражением паренхимы почек составила 35%. Большая часть пациентов с ишемической болезнью сердца (76%) имели повышенную массу тела, являющуюся одним из важных факторов риска развития ХБП. Наиболее часто наблюдались: избыточная масса тела - в 42% (21 чел.), ожирение I ст. – у 26 % (13 чел.). Чаще данные показатели встречаются у пациентов с 3а и 2-й стадией ХБП. Ультразвуковое исследование почек в стационаре проводилось 25 (50%) больным, при этом выявлено: истончение паренхимы почек у 2 (8%) обследованных, кисты в почках – у 9 (36%), нефроптоз – у 2 (8%), нефролитиаз – у 2 (8%) и гипертрофия почек – у 1 (4 %), застойные явления в почках – у 1 пациента с ХСН. У 9 человек (36%) патологии со стороны почек не было выявлено. Эхокардиографическое исследование проводилось также не всем пациентам, его доля составила 70% (35 человек). Из них – 71,4% (25) обследованных имели гипертрофию левого желудочка, 54,3% (19) – сниженную фракцию выброса, 45,7% (16) – недостаточность аортального, митрального либо трикуспидального клапанов. Во время нахождения в стационаре обследуемые больные получали стандартную медикаментозную терапию согласно Национальным рекомендациям по лечению больных с ишемической болезнью сердца и Национальным рекомендациям по диагностике и лечению стабильной стенокардии. В период стационарного лечения 98% больных принимали ингибиторы АПФ, β-адреноблокаторы употребляли

94% пациентов, антагонисты кальция – 22%, ацетилсалициловую кислоту – 88% больных, клопидогрел – 12%, антагонисты минералкортикоидных рецепторов – 60% больных, статины – 54% пациентов, петлевые диуретики – 28% больных, сердечные гликозиды – 26%. Из включенных в исследование пациентов на момент госпитализации 12% употребляли препараты класса непрямых антикоагулянтов, 42% принимали нитраты. Как правило, пациенты получали комбинированную терапию, включающую в себя несколько препаратов, так 42 (84%) человек использовали одновременно ингибиторы АПФ и β-адреноблокаторы.

Закключение и выводы: преобладающее количество пациентов было с ХБП 3а стадии (40%). Начальная стадия ХБП была выявлена у 30% обследованных, 3б стадия диагностирована у 22%, 4-я – у 8%. Доля лиц, имеющих снижение скорости клубочковой фильтрации <60 мл/мин, составила 70%. Тест на альбуминурию не проводился. Несомненно, течение ишемической болезни сердца сопровождается ухудшением азотовыделительной и фильтрационной функции почек. Интересно, что сохранная функция почек (СКФ >90 мл/мин/1,73) не диагностирована ни у одного из обследованных, что является основанием для обязательного определения СКФ у данной категории пациентов. Пациенты с ХБП были более зрелого возраста, в этиологии ХБП чаще присутствовала сердечно-сосудистая патология (АГ, ПИКС, ХСН) и СД. Число пациентов с кардиоваскулярной патологией возрастало по мере ухудшения функции почек. ХБП наиболее часто имела место у больных ХСН, АГ, и СД 2 типа.

Распространенность и предикторы гипонатриемии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Ватутин Н.Т., Шевелёк А.Н., Загоруйко А.Н.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, Донецк

Цель исследования – оценить распространенность и выявить предикторы развития гипонатриемии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы. В исследование включены 190 пациентов (130 мужчин и 60 женщин, средний возраст 66,2 (58; 75,5) года со стабильной ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения и/или инфаркт миокарда в анамнезе), госпитализированных по поводу декомпенсации ХСН. У всех больных при поступлении оценивали концентрацию сывороточного натрия, при этом гипонатриемией считали уровень натрия <135 ммоль/л. Анализ предикторов гипонатриемии проводили по следующим показателям: пол, возраст, сопутствующие заболевания, курение, функциональный класс (ФК) ХСН по NYHA, фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ), переднезадний размер левого предсердия (ЛП).

Результаты. По результатам лабораторного исследования все пациенты были разделены на 2 группы: 1-ю (n=66, 34,7%, 95% доверительный интервал (ДИ) 28,1-41,6%) составили больные, у которых была обнаружена гипонатриемия (средний уровень натрия 133 (130; 134) ммоль/л), 2-ю (n=124, 65,3%, 95% ДИ 58,4-71,9%) – пациенты с нормальным уровнем натрия крови (в среднем 139,7 (138,1; 141,8) ммоль/л). Пациенты с гипонатриемией были достоверно (p < 0,05) моложе по сравнению с лицами 2-й группы (64 (58; 72)

против 67 (61; 75,5) лет соответственно), среди них преобладали лица мужского пола (80% против 65,1%, $\chi^2=4,61$). Больные 1-й группы чаще страдали хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) по сравнению с лицами 2-й (26,3% против 10,6%, $\chi^2=4,29$), имели более тяжелую ХСН (медиана ФК III (III; IV) против (II; III)), большие размеры ЛП (5,21±0,1 против 4,7±0,1 см) и низкую ФВ ЛЖ (41 (36; 51) против 47,9 (38; 60) %, все $p<0,05$). По данным многофакторного регрессионного анализа наличие гипонатриемии ассоциировалось с возрастом < 65 лет, мужским полом, сопутствующим ХОЗЛ и ФВ ЛЖ < 45%.

Вывод. У пациентов, госпитализированных в связи с декомпенсацией ХСН, гипонатриемия встречается в 34,7% случаев. Предикторами развития гипонатриемии являются мужской пол, возраст <65 лет, сопутствующее ХОЗЛ и ФВ ЛЖ <45%.

Типичные ошибки ведения больных хронической обструктивной болезнью легких на амбулаторном этапе.

Видякина Е.Э., Мальчикова С.В.

Кировская государственная медицинская академия, Киров

Цель. Изучить существующую практику ведения пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) на амбулаторном этапе.

Материал и методы. Случайным образом выбраны 67 амбулаторных карт пациентов, состоящих на диспансерном учете с ХОБЛ. Проведен ретроспективный фармакоэпидемиологический анализ.

Результаты исследования. В 47% случаев в амбулаторных картах отсутствуют данные анамнеза о действии поллютантов. Имеет место неверная трактовка результатов функции внешнего дыхания (ФВД) у 20% пациентов, у 16,4% отсутствуют данные ФВД, бронхолитический тест проведен в 7,5% случаев. Степень дыхательной недостаточности определяется субъективно (без определения уровня газов крови или сатурации кислорода). У 56% пациентов терапия не в полной мере соответствует клиническим рекомендациям, 13,2% пациентов не получают никакой терапии, 24% постоянно получают только короткодействующие бронходилататоры (показаны 10,4% больных). Необоснованно назначаются ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) 16,4% пациентов, 40,3% при наличии показаний не получают длительно действующие В2-агонисты (ДДБА) и длительно действующие антихолинергические препараты (ДДАХ), 10,5% не были назначены ИГКС при наличии показаний. В 31% случаев в рекомендациях не указываются дозы препаратов, продолжительность их приема, режим дозирования. У 22% пациентов при обострении ХОБЛ не пересматривалась программа лечения, 16,4% при обострении вообще не получали никакой терапии. Основу лечения обострения ХОБЛ в амбулаторных условиях составляют: антибактериальные средства (32,8%); муколитические средства (65,8%); бронхолитики (31,3%); системные глюкокортикостероиды (18,4%). Из них преднизолон – 71,4%, недостаточные дозы применялись у 57,1% пациентов. Пролонгированный теофиллин использовался в 10,5% случаев, аминофиллин короткого действия – 15,8%. При диспансерном наблюдении пациентов с ХОБЛ обязательными исследованиями в 100% случаев являются: электрокардиография (ЭКГ), ФВД, рентгенография органов грудной клетки (ОГК), общий анализ крови (ОАК) и мокроты. На практике 76% пациентов проводятся ЭКГ

и рентгенография ОГК, 88% – ОАК, 55% ФВД и 42% общий анализ мокроты. При анализе амбулаторных карт были выявлены дефекты оформления диагнозов: не указывается тип ХОБЛ, группа ABCD, фаза заболевания, степень дыхательной недостаточности. Имеет место крайне низкий процент заболеваемости ХОБЛ (0,4-0,6%), что говорит о ее низкой выявляемости.

Выводы. Проблема ХОБЛ чрезвычайно актуальна в связи с ее высокой распространенностью (15,3%). При нерациональной базисной терапии в стадии ремиссии у пациентов с ХОБЛ наблюдается в среднем 2 обострения в год, что приводит к ухудшению показателей ФВД, уменьшает продолжительность жизни и снижает ее качество. При обострении ХОБЛ интенсификация бронхолитической терапии, рекомендуемая в первую очередь, на деле занимает лишь третье место в структуре назначений, уступая муколитическим и противомикробным средствам. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости образовательных программ по диагностике и лечению ХОБЛ среди врачей первичного звена, контроля исполнения федеральных клинических рекомендаций по ХОБЛ. Своевременное выявление ХОБЛ и проведение терапии в соответствии с рекомендациями позволит снизить финансовое бремя заболевания на бюджет.

Электрокардиографический фенотип интервала qt у пациентов с пролапсом митрального клапана и другими малыми аномалиями сердца.

Гладких Н.Н., Григорян Я.С., Новикова М.В., Мисходжева З.А.

Ставропольский государственный медицинский университет, Краевой клинический кардиологический диспансер, Ставрополь

Цель: выявить частоту и характер нарушений электрокардиографического интервала QT у пациентов с пролапсом митрального клапана (ПМК) и другими малыми аномалиями сердца (МАС).

Материал и методы. Обследовано 128 пациентов (78 мужчин, 50 женщин, средний возраст 22,8±0,3 лет) с первичным ПМК и другими МАС. Эхокардиографически ПМК I-II степени верифицирован в 63,3% случаях. МАС были представлены двумя группам папиллярных мышц митрального клапана (0,8% наблюдений), аномально расположенными хордами (73,4%), аневризмой межжелудочковой перегородки (3,9%), аневризмой синусов Вальсальвы (0,8%), пролапсом аортального клапана (0,8%), подклапанной мембраной аорты (0,8%), открытым овальным окном (17,9%), аневризмой межпредсердной перегородки (14,1%), увеличенной евстахиевой заслонкой (0,8%), пролабированием трикуспидального клапана (3,1%). Изолированно кардиальные аномалии встречались у 38,3% обследуемых, в сочетаниях 2–5 – у 61,7%. Критерии включения: наличие ПМК и других МАС, идентифицированное окончание зубца Т на ЭКГ, возраст от 18 до 35 лет. Критерии исключения: наследственные синдромы (Марфана, Элерса-Данлоса и др.); сердечно-сосудистые заболевания (миокардиты, кардиомиопатии и др.); выраженная синусовая аритмия; электролитные нарушения; нарушения со стороны центральной нервной системы; эндокринная патология; другие заболевания и состояния, тесно ассоциированные с удлинением интервала QT (гепатит, болезни почек, ваготомия, психозомоциональный стресс, отравления ртутью и др.); беременность и послеродовый период; нарушение белкового питания, голодание, диеты для снижения массы тела; прием лекарственных

препаратов. Оценивали показатели длительности QT (абсолютной и скорректированной – QT_{cor}), его дисперсии (QTd), индексы QTa (интервал от точки начала QRS до вершины зубца T), QTасог (скорректированное значение QTa). Контрольную группу сформировали 20 здоровых людей, сопоставимых по полу и возрасту, без внешних и висцеральных признаков дисплазии соединительной ткани. При статистической обработке данных использовали t-критерий Стьюдента, коэффициент корреляции Пирсона, хи-квадрат.

Результаты. Величины средних значений (344,8±37,2 мс), медианы (340 мс), верхних и нижних квартилей (360–320 мс) длительности QT-интервала у пациентов с кардиальными аномалиями и у здоровых людей были практически идентичными (343,4±22,4, 340, 350 и 320 мс соответственно; p>0,05). В то же время средние значения QT_{cor} в группе ПМК и МАС превышали таковые у здоровых людей (382,9±40,6 против 360,7±26,3 мс; p<0,05). Отклонение от нормативных лимитов длительности интервала QT выявлено у 49 (38,3%, p<0,05) пациентов с ПМК и МАС. Доминирующим нарушением продолжительности интервала QT явилось его удлинение (85,7%). В группе кардиальных аномалий и у здоровых людей прослеживалась тенденция (p>0,05) к большей длительности интервала QT у женщин по сравнению с мужчинами. Полученные результаты сопоставимы с литературными данными о том, что у женщин длительность QT больше, чем у мужчин. Дисперсия интервала QT у пациентов с ПМК и МАС составила 62,8±3,4 мс и оценивалась как превышающая контрольные величины (38,7±2,9 мс; p<0,05). Показатели QTa у обследуемых пациентов соответствовали показателям у здоровых людей (297,7±3,8 и 298,4±6,1; p>0,05). Величины QTасог у обследуемых указанных групп также не характеризовались достоверными различиями (337,2±4,0 и 323,0±6,2 мс; p>0,05). Для дисперсии QT и показателей QTa, QTасог так же как и для интервала абсолютного и скорректированного QT сохранялась тенденция (p>0,05) к различиям по полу обследованных. У пациентов с ПМК и МАС была обнаружена умеренная корреляционная связь (r=+0,60; p<0,05) между длительностью интервала QT и показателем QTa, в то время как между величинами QT_{cor} и QTасог связь оказалась сильной (r=+0,85; p<0,05).

Выводы: 1) У пациентов с ПМК и другими малыми аномалиями сердца выявлена высокая частота встречаемости (38,3%) нарушений длительности интервала QT. 2) Доминирующим нарушением продолжительности интервала QT у пациентов с кардиальными дисплазиями является его удлинение (85,7% случаев изменений QT). 3) Между длительностью скорректированного интервала QT и его индексом – QTасог – обнаружена сильная корреляция, что дает возможность использовать последний в качестве дополнительного критерия при «помехоустойчивости» измерений и в ряде случаев осуществлять взаимозаменяемость QT_{cor}.

Взаимосвязь уровня аутоантител к коллагену с гипермобильностью суставов у пациентов с пролапсом митрального клапана.

Гладких Н.Н., Харченко Д.П., Попова И.П.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставропольская краевая клиническая больница, Ставрополь

Цель: определить взаимосвязь циркулирующих аутоантител к коллагенам I, II, III, IV и V типов с наличием и выраженностью гипермобильности суставов у пациентов с пролапсом митрального клапана (ПМК).

Материал и методы. Обследовано 220 пациентов с первичным ПМК I–II степени (120 мужчин и 100 женщин) в возрасте от 18 до 32 лет. К критериям исключения относили моногенные наследственные синдромы соединительной ткани (синдромы Марфана, Элерса-Данло и др.), сопутствующую патологию сердечно-сосудистой системы, заболевания внутренних органов, приобретенные деформации опорно-двигательного аппарата. Гипермобильность суставов оценивали по девятибалльной шкале P. Beighton. Суставная гипермобильность верифицирована у 66 (30%) пациентов с ПМК, при этом в 25 наблюдениях отмечена легкая гипермобильность (3–4 балла), а в 41 – выраженная (5–8 баллов). Контрольную группу составили 40 здоровых людей, сопоставимых по полу, возрасту, без внешних и эхокардиографических признаков соединительнотканной дисплазии. Уровень аутоантител к коллагенам I, II, III, IV и V типов определяли в плазме крови методом иммуноферментного анализа («Имтек», Россия). Результаты представлены как средняя ± стандартная ошибка среднего. При статистической обработке данных использовали критерии Ньюмена-Кейлса, коэффициент корреляции Спирмена (rs). Различия считали достоверными при p<0,05.

Результаты. В общей группе ПМК уровень аутоантител к коллагенам I (5,1±0,3 мкг/мл) и II (3,1±0,2 мкг/мл) типов в крови был повышен (p<0,05), в то время как концентрации аутоантител к коллагенам III (6,6±0,2 мкг/мл), IV (2,2±0,1 мкг/мл) и V (9,5±0,5 мкг/мл) типов не отличались (p>0,05) от нормы (3,1±0,3, 2,2±0,4, 6,3±0,3, 2,2±0,2, 9,9±0,6 мкг/мл соответственно для I, II, III, IV и V типов коллагена). Принимая во внимание факт, что коллаген I типа является «костным», а II типа – «хрящевым», были исследованы уровни аутоантител к коллагенам при ПМК с учетом характера внешних диспластических проявлений опорно-двигательного аппарата: 1-я группа (178 пациентов) – с внешними костно-мышечными признаками дисплазии соединительной ткани (гипермобильность суставов, сколиоз, воронкообразная деформация грудной клетки, плоскостопие) и 2-я группа (42 пациента) – без указанных костно-мышечных дисплазий. Оказалось, что у пациентов с ПМК, в фенотипе которых отсутствовали костно-мышечные дисплазии продукция аутоантител к коллагенам изучаемых типов в целом была нормальной (p>0,05). У больных с гипермобильностью суставов и/или воронкообразной деформацией грудной клетки сколиозом, плоскостопием содержание аутоантител к коллагенам I (5,4±0,3 мкг/мл) и II (3,3±0,2 мкг/мл) типов превышало соответствующие показатели у здоровых (p<0,05). Установлены достоверные положительные корреляции между степенью суставной гипермобильностью и аутоантителами к коллагенам I (rs=+0,41, p<0,05), II (rs=+0,49, p<0,05) и V типов (rs=+0,37, p<0,05). Учитывая литературные данные об участии аутоантител к коллагену в повреждении эндотелия, можно предположить, что особенности локализации V типа коллагена, образующего экзоцитоскелет вокруг эндотелиальных клеток, обеспечивает ему в случаях нарушений аутоиммунитета возможность влияния на формирование эндотелиальной дисфункции у пациентов с ПМК и выраженной гипермобильностью суставов. Не было установлено зависимости между грацией суставной гипермобильности и плазменным содержанием аутоантител к коллагенам III (rs=+0,17, p>0,05) и IV (rs=-0,12, p>0,05) типов.

Выводы: 1) У пациентов с пролапсом митрального клапана установлено нарушение аутоиммунитета к коллагенам I и II типов. Наиболее значимые отклонения зарегистрированы для случаев сочетания пролапса митрального клапана с костно-мышечными дисплазиями, в том числе гипермобильностью суставов. 2) Определена сопряженность уровня аутоантител к коллагенам I, II и V типов с выраженностью суставной гипермобильности.

Тромбоксан-простациклиновый баланс и степень митральной регургитации у пациентов с пролапсом митрального клапана.

Гладких Н.Н., Ягода А.В., Фаянс И.В., Чепенко О.С.

Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставропольская краевая клиническая больница, Ставрополь

Цель: оценить состояние тромбоксан-простациклинового баланса в зависимости от степени митральной регургитации у пациентов с пролапсом митрального клапана (ПМК).

Материал и методы. Обследовано 140 пациентов (80 мужчин и 60 женщин) в возрасте от 18 до 32 лет с первичным ПМК I–II степени. Критерии исключения: моногенные наследственные синдромы (Марфана, Элерса-Данло и др.), сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы, заболевания внутренних органов, прием лекарственных препаратов. Митральная регургитация отсутствовала у 34 (24,3%) пациентов, соответствовала I степени – у 76 (54,3%), I–II степени – у 20 (14,3%), II степени – у 10 (7,1%). Сведения о перенесенных в прошлом тромбоэмболических осложнениях у обследованных нами пациентов отсутствовали. Контрольную группу составили 20 здоровых людей, сопоставимых по полу и возрасту, не имеющих внешних и эхокардиографических признаков дисплазии соединительной ткани. Тромбоксан В2 (ТхВ2) и 6-кето-простагландин F1 α (6-keto-PGF1 α) определяли в плазме с использованием иммуноферментных тест-систем фирмы «Amersham». Результаты представлены как средняя \pm стандартная ошибка среднего. При статистической обработке данных применяли однофакторный дисперсионный анализ, критерий Ньюмена-Кейлса.

Результаты. В общей группе пациентов с ПМК показатели ТхВ2 (66,3 \pm 3,5 пг/мл) и 6-keto-PGF1 α (59,7 \pm 2,7 пг/мл) не отличались от контрольных величин (56,4 \pm 3,2 и 54,2 \pm 4,7 пг/мл соответственно, $p > 0,05$). При оценке содержания ТхВ2 у пациентов с ПМК в зависимости от выраженности митральной регургитации выявлено достоверное увеличение уровня тромбоксана В2 (83,6 \pm 3,0 пг/мл) в случаях регургитации II степени по сравнению с таковой у здоровых людей. Концентрации ТхВ2 у пациентов с отсутствием митральной регургитацией, наличием регургитирующего потока I и I–II степеней составили соответственно 68,4 \pm 3,1, 63,5 \pm 3,7, 73,2 \pm 3,8 пг/мл и оценивались как соответствующие контрольным величинам ($p > 0,05$). Можно допустить, что выявленные сдвиги ТхВ2 в случаях более выраженной митральной регургитации обусловлены повреждением тромбоцитов – основного источника тромбоксана – в результате нарушенной внутрисердечной гемодинамики. Повышение образования ТхВ2 в условиях генетически обусловленного (соединительнотканного) дефекта эндотелия может изменять его вазоактивные и гемостатические функции с утратой тромборезистентности и усилением вазоконстрикторных, прокоагулянтных и проагрегантных эффектов. Содержание 6-keto-PGF1 α в группе ПМК с отсутствием митральной регургитации составило 67,7 \pm 6,4 пг/мл, I степенью – 58,4 \pm 3,7 пг/мл, I–II степенью – 50,0 \pm 4,8 пг/мл, II степенью – 61,8 \pm 6,5 пг/мл. Следовательно, концентрация 6-keto-PGF1 α не определялась степенью митральной регургитации и соответствовала контрольным значениям ($p > 0,05$). Не отмечено нарушения равновесия между содержанием тромбоксана и простациклина у больных ПМК с учетом выраженности митральной регургитации ($p > 0,05$), что можно рассматривать как адаптивную реакцию на сохранение гемоваскулярного гемостаза, чем отчасти и объясняется отсутствие в группе ПМК в том числе с митральной регургитацией II степени тромботических проявлений.

Выводы: 1) Повышение уровня тромбоксана В2 у больных пролапсом митрального клапана при наличии II степени митральной регургитации свидетельствует о нарушении в гемоваскулярном гемостазе вне зависимости от гемостазиологических осложнений в анамнезе. 2) Равновесие между содержанием тромбоксана В2 и 6-кето-простагландина F1 α у молодых пациентов с ПМК вне зависимости от степени митральной регургитации свидетельствует о сохранении на данном этапе компенсаторных способностей эндотелия по линии метаболизма арахидоновой кислоты.

Сравнительная характеристика суточных температурных ритмов у пациентов, страдающих ревматоидным артритом, и клинически здоровых лиц.

Голубцова Т.С., Лыкова Н.С., Прибылова С.А., Керова И.Р.,
Юдина Е.Е., Хохлов М.П., Пигузов В.А.

Ульяновская областная клиническая больница, Ульяновский
государственный университет, Ульяновск

Общая и локальная термометрия являются важной диагностической составляющей для определения тактики ведения больного и контроля эффективности проводимой терапии. Несмотря на то, что повышение температуры тела не характерно для пациентов, страдающих ревматоидным артритом, по крайней мере, сам иммуноспалительный процесс не сопровождается гипертермией, изучение данного показателя играет немаловажную роль в процессе обследования и улучшения приверженности больных к проводимой терапии.

Целью настоящей работы явилось изучение характеристик суточных ритмов температуры больных ревматоидным артритом в сравнении со здоровыми лицами.

Материал и методы исследования. В исследование приняли участие 120 больных ревматоидным артритом, находившихся на лечении в ревматологическом отделении ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» (группа 1), с длительностью болезни от 1 года до 38 лет (в среднем 7,8 \pm 8,5 года). Среди них преобладали женщины (60%). Средний возраст участников составил 54,6 \pm 9,7 года. В контрольную группу, репрезентативную по полу и возрасту, вошли 30 клинически здоровых добровольцев (группа 2). С помощью программно-аппаратного комплекса для мониторинга температуры поверхности КМТП-01-МИДА всем респондентам группы 1 в первый день пребывания в стационаре и участникам группы 2 проводили однократный суточный мониторинг температуры кожных покровов с частотой измерений каждые 5 минут и точностью $\pm 0,10$ С, в ходе которого одновременно регистрировали температуру в III межреберье по средней подмышечной линии и в области правого и левого лучезапястных суставов. За «дневную» температуру принимали показатели, полученные с 6:00 до 21:55; вне этого интервала температуру считали «ночной». Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета программ Statistica 6.1 (StatSoft). Достоверность различий рассчитывали с применением t -критерия Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Результаты и обсуждение. В обеих группах проведен сравнительный анализ температурных кривых, полученных с симметричных участков. Статистически значимых различий не выявлено. Учитывая данный факт, для последующего анализа использовали данные, полученные в точках, расположенных на левой стороне тела (в обеих группах) и в

области сустава с наибольшей степенью клинической выраженности воспаления (в группе 1). В ходе межгруппового сравнения температурных кривых, полученных в области III межреберья по средней подмышечной линии («группа 1» vs. «группа 2», t-тест для несвязанных случаев), установлены более высокие значения показателей топической суточной термометрии в группе 1 по всем исследуемым характеристикам ($p < 0,05$): среднесуточная $36,2 \pm 0,3^\circ\text{C}$ в группе 1 и $35,5 \pm 0,8^\circ\text{C}$ в группе 2; среднедневная $36,2 \pm 0,3^\circ\text{C}$ и $35,4 \pm 1,0^\circ\text{C}$; средненочная $36,1 \pm 0,5^\circ\text{C}$ и $35,6 \pm 0,8^\circ\text{C}$; максимальная суточная $37,1 \pm 0,4^\circ\text{C}$ и $36,9 \pm 0,5^\circ\text{C}$; максимальная дневная $37,1 \pm 0,3^\circ\text{C}$ и $36,8 \pm 0,5^\circ\text{C}$; максимальная ночная $36,7 \pm 0,4^\circ\text{C}$ и $36,5 \pm 0,6^\circ\text{C}$; минимальная суточная $34,5 \pm 1,0^\circ\text{C}$ и $30,0 \pm 3,6^\circ\text{C}$; минимальная дневная $34,6 \pm 1,0^\circ\text{C}$ и $30,1 \pm 3,7^\circ\text{C}$; минимальная ночная $35,2 \pm 0,7^\circ\text{C}$ и $34,4 \pm 1,5^\circ\text{C}$ соответственно. Проведен сравнительный анализ данных мониторинга температуры параартикулярных областей («группа 1» vs. «группа 2», t-тест для несвязанных случаев). Получены следующие результаты: среднесуточная $34,4 \pm 0,9^\circ\text{C}$ в группе 1 и $34,2 \pm 1,1^\circ\text{C}$ в группе 2; среднедневная $34,2 \pm 1,0^\circ\text{C}$ и $33,8 \pm 1,4^\circ\text{C}$; средненочная $35,0 \pm 0,7^\circ\text{C}$ и $35,0 \pm 0,9^\circ\text{C}$; максимальная суточная $36,3 \pm 0,9^\circ\text{C}$ и $36,5 \pm 0,5^\circ\text{C}$; максимальная дневная $36,1 \pm 0,9^\circ\text{C}$ и $36,2 \pm 0,7^\circ\text{C}$; максимальная ночная $36,0 \pm 0,6^\circ\text{C}$ и $36,2 \pm 0,5^\circ\text{C}$; минимальная суточная $30,8 \pm 2,5^\circ\text{C}$ и $27,9 \pm 3,8^\circ\text{C}$ ($p < 0,05$); минимальная дневная $30,7 \pm 2,6^\circ\text{C}$ и $27,9 \pm 3,8^\circ\text{C}$ ($p < 0,05$); минимальная ночная $33,5 \pm 1,4^\circ\text{C}$ и $33,4 \pm 1,8^\circ\text{C}$ соответственно. Отсутствие различий максимальных и средних температур с нашей точки зрения связано с особенностями двигательной нагрузки на эту группу суставов.

Выводы: 1. Температура тела в общепринятой точке регистрации при ревматоидном артрите статистически значимо превышает показатели у здоровых лиц – среднесуточную на $0,7^\circ\text{C}$, среднюю дневную на $0,8^\circ\text{C}$, среднюю ночную на $0,5^\circ\text{C}$, максимальную суточную на $0,2^\circ\text{C}$, максимальную дневную на $0,3^\circ\text{C}$, максимальную ночную на $0,2^\circ\text{C}$, минимальную суточную и дневную на $4,5^\circ\text{C}$, минимальную ночную на $0,8^\circ\text{C}$. 2. Температурные показатели в области лучезапястных суставов более высокие по таким характеристикам как минимальные суточная и дневная температура и превысили референтные значения на $2,9^\circ\text{C}$ и $2,8^\circ\text{C}$ соответственно.

Результаты лечения локтевых бурситов с использованием криотерапии.

Горбунова М.Л., Крылов А.В., Попова Н.А., Кукош М.А.

Нижегородская государственная медицинская академия, Медицинский комплекс «Родник», Нижний Новгород, Череповец

На верхней конечности практическое значение имеют локтевые бурситы. Бурситы часто возникают у рабочих, вынужденных по роду своей профессии значительную часть времени опираться на локти. Целью настоящего исследования явилось обоснование применения локальной криотерапии у пациентов с острым, подострым и хроническим локтевыми бурситами.

Нами проведено лечение 48 пациентов (45 мужчин и 3 женщины в возрасте от 38 до 60 лет.) Острый локтевой бурсит – 26 пациентов. Подострый – 14 пациентов. Хронический – 8 пациентов. Все пациенты подверглись клиническому осмотру и рентгенографии локтевого сустава. Предлагаемая нами методика лечения локтевого бурсита заключается в применении локальной криотерапии на область локтевой бursы использованием аппарата «Криоджет-600», которая обеспечивает охлаждение определенного участка тела воздушным

потоком с температурой от -30°C до -60°C объемной скоростью от 350 л/ мин. до 1500 л/ мин. 8–10 сеансов с кратностью 1 раз в 2 дня и короткий курс НПВС (нимесил, или целебрекс-200) – 5–7 дней. Разработаны три способа проведения локальной воздушной криотерапии: лабильная, стабильная, комбинированная. Лабильная методика применяется для равномерного умеренного охлаждения большой площади поверхности тела (передняя или задняя часть туловища, вся конечность). Она реализуется направлением воздушного потока с расстояния 7–15 см на обрабатываемую площадь круговыми движениями насадкой. Длительность процедуры составляет 5–10 мин. Пациент испытывает чувство легкого жжения. Стабильная методика используется для глубокого охлаждения ограниченной по площади поверхности тела. Она реализуется направлением воздушного потока с расстояния 2–5 см, статическим воздействием или движениями с малой амплитудой. Длительность процедуры составляет 1–5 мин (до побледнения кожных покровов). Пациент испытывает чувство жжения, ломоты, с последующим онемением в области воздействия. Комбинированная методика применяется для комплексного воздействия, представляет собой сочетание лабильной и стабильной методик. Методика проведения сеанса — комбинированная. Мощность потока колебалась от 5 до 8 л/мин. Расстояние между насадкой и поверхностью тела составляло 3–5 см, длительность процедуры — 3–5 мин. Лечение пациенты переносили хорошо, осложнений в процессе терапии не отмечалось. При сравнительном анализе полученных результатов необходимо отметить высокую эффективность и стабильность результатов криотерапевтического лечения группе пациентов с острыми и подострыми формами локтевого бурсита у 16 пациентов 89% полностью удалось купировать признаки воспаления и добиться уменьшения экссудации в полость бursы. Что свидетельствует о полном регрессе заболевания. У 2 пациентов (11%) эффекта от консервативного лечения не отмечалось. В плановом порядке они прооперированы, выполнена экстирпация локтевой бursы. Таким образом, применение методики локальной криотерапии в сочетании с коротким курсом НПВС в лечении больных с локтевым бурситом целесообразно в связи с ее хорошей переносимостью, отсутствием побочных эффектов, минимальным числом противопоказаний и хорошими результатами лечения. Данная методика исключает необходимость выдачи больному листка временной нетрудоспособности, в то время как при оперативном лечении срок временной нетрудоспособности составил 18 дней.

Ятрогенная сердечно-сосудистая коморбидность при туберкулезе легких на фоне химиотерапии: новые междисциплинарные возможности кардио-мониторинга, превентивной профилактики и лечения.

Горюнчик С.Д., Красовицкая К.А., Черкашин Е.А., Чубарян В.Т.

Специализированная туберкулезная больница, Иркутский национальный исследовательский технический университет, Институт динамики систем и теории управления им. В.М. Матросова, Ростов-на-Дону, Иркутск

Цель и задачи. Выделение преобладающей формы сердечно-сосудистой коморбидности как независимого фактора риска неблагоприятного исхода при туберкулезе легких. Разработка новых общедоступных современных технологий кардио-мониторинга коморбидной сердечно-сосудистой патологии.

Материалы и методы. Выбрана группа из 103 больных туберкулезом легких (ТЛ) с манифестациями нежелательных побочных реакций (НПР) на фоне длительной химиотерапии противотуберкулезными препаратами (ХТ ПТП). Использованы физикальный осмотр, сбор анамнеза, бактериологический и биохимический, индекс коморбидности Charlson, рентгенологический и ЭКГ контроль: с впервые выявленным ТЛ на режимах IIБ и IV, включающими изониазид – Н (ГИНК) 0,9 г/сут до 4–12 месяцев. Принцип выбора ПТП соответствовал множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) *M. tuberculosis*. Инфильтративный туберкулез легких МЛУ – у 81 (79%), у 17 (16,5%) – диссеминированный МЛУ, у 5 (4,5%) – фибрознокавернозный МЛУ. Выделены ятрогенные патогенетические факторы побочных кардиотоксических реакций на основной комплекс ХТ ПТП: HREZ(Pt)(Cap)+ПАСК: гипоксия, дисфункция вегетативной нервной системы, активация свободного радикального окисления. В разработке программного обеспечения экспертной системы дистанционного структурного анализа кардиосигнала (ЭССАКС-ЭКГ «SERG») выбран метод оценки ЭКГ, снятых на разных аппаратах с выделением вектора линий напряжения путем вейвлет-преобразования обозначались пики зубцов P,Q,R,S,T. Метод ЭССАКС-ЭКГ использован для оценки качества и количественной динамики вынужденной ятрогенной коморбидности – НПР, возникающих при различных режимах ХТ ПТП и негативных лекарственных взаимодействиях – вынужденной полипрагмазии. Практическое приложение – автовыделение функциональных показателей работы сердца: ритма, проводимости, процессов реполяризации миокарда у пациентов с сопутствующей и ятрогенной коморбидной патологией – 171 случай у 103 обследуемых.

Результаты. Выявлены: ритм из правого предсердия (ППР) – у 3, атриовентрикулярная блокада I ст. – 12, полная блокада левой ножки пучка Гиса – 4, полная блокада правой ножки пучка Гиса – 2, синдром Бругада – 8, синдром слабости синусового узла – 2, миграция водителя ритма по предсердиям – 3, дилатационная кардиомиопатия с фибрилляцией предсердий – 11, удлинение интервала Q–T – 1, синдром преждевременного возбуждения желудочков CLC – 13, фатальный синдром WPW, тип «Б» – 1, ИБС – 14; ОИМ с формированием патологического зубца Q – 3, ОИМ без зубца Q но с подъемом сегмента S–T – 5, синусовая тахикардия ЧСС ≥ 140 /мин – 5, ПИКС – 20, синдром ранней реполяризации желудочков – 5, а. гипертензия II ст. – 17, ХСН I ФК-II на фоне синдрома сухой декомпенсации (ССД) – у 27 (26%), ХСН I ФК-III – у 15 пациентов (14,6%). Ятрогенная коморбидность составила 148 (86,5%) случаев. Разработка метода ЭССАКС-ЭКГ динамического анализа величины амплитуд и протяженности зубцов, сегментов и интервалов позволила снизить сроки коррекции оптимальных доз медикаментозной нагрузки до 2-х суток (ранее – 3–4 дня) на фоне ХТ ПТП. В качестве базовой терапии применялись препараты внутримитохондриальной цитопротекции – прямые стимуляторы окисления глюкозы – этил2метилгидрокси3пиридина сукцинат («мексидол»), ингибиторы β -окисления полиненасыщенных жирных кислот и транспорта ПНЖК в митохондрии (триметазидин, мельдоний). Терапия сопутствующей патологии проводилась согласно национальным клиническим рекомендациям и стандартам с использованием рациональных фиксированных комбинаций препаратов. Нормализация синусового ритма из ППП отмечена у 1(33,3%), улучшение ритма и проводимости, стабилизация процессов реполяризации миокарда при мониторинге системой ЭССАКС отмечено в 1-й группе у 94 пациентов (91,3%). Медикаментозно достигнутое нормальное АД отмечено у 15.

Выводы. Ятрогенная коморбидная патология у больных туберкулезом легких преобладает в 86,5%. С целью профилактики и лечения вызванных ХТ ПТП ятрогенных коморбидных состояний и сопутствующей коморбидной патологии необходимо проводить поддерживающую сердечно-сосудистую деятельность терапию препаратами внутримитохондриальной цитопротекции – прямыми стимуляторами окисления глюкозы, ингибиторами β -окисления ПНЖК, ингибиторами транспорта ПНЖК. Разработка и внедрение экспертных систем структурного анализа кардиосигнала ЭССАКС-ЭКГ «SERG» на междисциплинарном уровне приведет к повышению качества кардио-мониторинга пациентов с коморбидной патологией и улучшению рациональной и безопасной медикаментозной терапии.

Патология щитовидной железы у пациентов с различными стадиями хронической болезни почек.

Григорян З.Э., Шелудько К.Ф., Гончарова А.Ю., Калашникова К.С., Якушева Л.А.

Нефрологический центр, Ставрополь

В течение последних десятилетий состояние кальций-фосфорного обмена у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) изучалось достаточно широко и углубленно. Тем не менее научная информация о распространенности, особенностях патологии других эндокринологических желез у этой категории пациентов, крайне скудна.

Целью данного исследования было сравнительная оценка патологии щитовидной железы у пациентов с различной стадией ХБП.

Материал и методы: оценивалась состояние щитовидной железы у 94 пациентов с различными стадиями ХБП, прошедших стационарное обследование и лечение в АНМО «Нефрологический центр» г. Ставрополя в 2015 г. и включенных в исследование методом случайного выбора. У 43 пациентов (45,7%) был диагностирован хронический гломерулонефрит, 28 пациентов (29,8%) проходили лечение по поводу диабетической нефропатии, у 15 пациентов (15,9%) имел место хронический пиелонефрит. Остальные (8,6%) – были пациенты с поликистозом почек, вторичным амилоидозом на фоне ревматоидного полиартрита, гипертонической нефропатией. Пациентов распределили на 3 группы: В 1 группу вошли 44 пациента с ХБП 1–4 стадии. Средний возраст в данной группе 50,9 лет (18; 77), соотношение м/ж – 14/30. Во 2 группу вошли 23 пациента с ХБП 5 стадии, которым на момент исследования еще не начато лечение программным гемодиализом, но планировалось в ближайшее время. Средний возраст в данной группе 53,8 лет (19; 73), соотношение м/ж – 11/12. В 3 группу вошли 27 пациентов с ХБП 5 (д) стадии, уже проходящих лечение программным гемодиализом. Средний возраст в данной группе 53,5 лет (18;78), соотношение м/ж – 14/16, средняя длительность ГД лечения – 3 года (0,5;14 лет). Оценивались уровень ТТГ, общего Т3 и общего Т4, объем щитовидной железы при ультразвуковом исследовании. Скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) рассчитывалась по формуле СКД-ЕРІ.

Результаты: уже имели диагностированную патологию щитовидной железы на момент госпитализации 13,6% пациентов в 1 гр, 21,7% – во 2-ой и 14,8% – в 3-й гр. Впервые выявлена патология ЩЖ при обследовании в стационаре – еще у 6,8%, 8,7%, 7,4% пациентов

– соответственно. Величины ТТГ, общего Т3 и общего Т4 в 1 гр составили: 2,67 (0,1; 24,5) мк МЕ/мл; 1,44 (0,25; 1,9) нг/мл; 85,2 (4,3; 158,6) нмоль/л; во 2-й группе - 2,64 (0,3; 42,8) мк МЕ/мл; 0,94 (0,3; 1,6) нг/мл; 97,8 (50; 169,3) нмоль/л; и в 3-й гр. – 1,96 (0,11; 5,4) мк МЕ/мл; 1,2 (0,4; 2,2) нг/мл; 77,1 (2,4; 160,9) нмоль/л соответственно ($p > 0,05$). Также не было достоверных различий в объеме щитовидной железы, вычисленной при ультразвуковом исследовании между тремя группами. Выявлены корреляционные связи умеренной силы между уровнем рСКФ и величиной ТТГ в 1 гр. ($r = 0,37$, $p \leq 0,05$) и во 2-й гр. ($r = 0,37$, $p \leq 0,05$), при отсутствии корреляции между ТТГ и уровнем мочевины и креатинина. У пациентов с ХБП 1-4 ст. определена тесная корреляция между выраженностью отеочного синдрома и уровнем ТТГ ($r = 0,48$, $p \leq 0,05$), в то время как в двух других группах такая корреляция не выявлялась.

Выводы: имеет место достаточно широкое распространение патологии щитовидной железы в популяции пациентов с хронической болезнью почек. Общность проявлений (отеочный синдром, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия) при сочетанной патологии может значительно усугубить клиническую симптоматику, в особенности у пациентов на ранних стадиях ХБП. Таким образом, необходимо проявлять настороженность и обследовать пациентов с ХБП на наличие патологии щитовидной железы.

Фармакокинетический подход к персонализации антигипертензивной фармакотерапии.

Гридина С.А.

*Областной клинический противотуберкулезный диспансер,
Курск*

Цель исследования: изучение влияния фенотипа окислительного метаболизма на выраженность фармакодинамического эффекта комбинированной гипотензивной терапии, проводимой у больных артериальной гипертензией (АГ) высокого и очень высокого риска. Материалы и методы: в исследование было включено 120 больных артериальной гипертензией 2–3 степени, имеющих критерии высокого и очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Для фармакологической коррекции АГ пациенты были рандомизированы в три группы: 1-я группа – амлодипин 5–10 мг/сут. + рамиприл 5–10 мг/сут.; 2-я группа – амлодипин 5–10 мг/сут + лизиноприл 10–20 мг/сут.; 3-я группа – фиксированная комбинация амлодипина и лизиноприла (экватор 1 табл. (5+10 мг)/сут. – 1 табл. (10+20 мг)/сут.). Дозы препаратов титровали до достижения целевого уровня АД. Общая длительность лечения составляла 4 недели. Определение фенотипа окислительного метаболизма проводили методом высокоэффективной обращено-фазовой жидкостной хроматографии на основе оценки фармакокинетических параметров препарата-маркера.

Результаты: проведенное исследование показало наличие прямо пропорциональной зависимости степени снижения АД от фенотипа окислительного метаболизма. Последний, как факторная детерминанта, достоверно ($p < 0,001$ для САД и $p < 0,01$ для ДАД) влиял на выраженность гипотензивного эффекта каждого из трех вариантов второй ступени терапии больных артериальной гипертензией. При этом у пациентов, имеющих медленный фенотип окислительного метаболизма, фиксированная комбинация амлодипина и лизиноприла (экватор) оказывала достоверно более выраженный

антигипертензивный эффект по сравнению со свободными сочетаниями использованных препаратов.

Заключение: наличие значимой зависимости степени снижения АД от фенотипического варианта окислительного метаболизма позволяет проводить индивидуальный выбор стартового лечения больных АГ, основанного на использовании различных схем гипотензивной терапии с включением амлодипина и лизиноприла или рамиприла.

Поражение сердца у больных с анкилозирующим спондилитом.

Гулиева Г.И.

*Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь*

Введение. Кардиоваскулярная патология при ревматических заболеваниях – главная причина неблагоприятного исхода, основу которой составляет аутоиммунный воспалительный процесс.

Цель. Выявление клинических особенностей поражения сердца при анкилозирующем спондилите (АС).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 59 мужчин (м.) и 15 женщин (ж.) с верифицированным диагнозом АС в возрасте $37,6 \pm 5,8$ лет с длительностью заболевания $11,4 \pm 3,2$ года. Центральная форма АС у 66% м. и 8% ж.; ризомелическая у 16% м. и 27% ж.; скандинавский вариант у 18% м. и 20% ж. Максимальная степень активности (III ст.) была отмечена у 86% пациентов. В 100% случаев заболевание ассоциировалось с наличием HLA B27 антигена. Проводился клинический анализ, математический и статистический методы обработки данных исследования. Пациентам проводилось общеклиническое, биохимическое и иммунологическое обследование, ЭКГ, ЭХО КГ, суточное мониторирование ЭКГ и АД, рентгенологическое исследование органов грудной полости, суставов, позвоночника, сакроилеальных сочленений.

Результаты. С первых лет заболевания 11% м. и 86% ж. предъявляли жалобы на боль в области сердца, сердцебиение, одышку при физических нагрузках и только у 1,5% м. и 15,5% ж. пациентов были обнаружены изменения зубца Т в виде уплощения, инверсии, двухфазности; снижение или подъём сегмента ST у 11% м.; выпот в перикарде до 100 мл выявлен у 7% м., миграция водителя ритма у 7% м., у 2% м. и 18% ж. – предсердная и желудочковая экстрасистолия. У 2% м. и 16% ж. обнаружена пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия, нарушение внутрисердечной проводимости, у 26% м. и 16% ж. - низкий вольтаж зубцов. Необходимо отметить эпизоды безболевого ишемии миокарда у 9% м. и 4% ж. с пароксизмами фибрилляции и трепетания предсердий. Вовлечение в патологический процесс восходящего отдела аорты выявлено у 14% м. через 6–8 лет от начала заболевания, аортальная недостаточность у 24% м. Гипертоническая болезнь II-III ст., риск 3–4 выявлена у 38% м. и 11% ж. на 9–10 годах заболевания. Развитие хронической сердечной недостаточности зафиксировано у 2% м. и 15% ж. в возрасте $43,4 \pm 1,2$ года.

Вывод. Таким образом, хронический прогрессирующий аутоиммунный воспалительный процесс играет важную роль в развитии атеросклероза в молодом возрасте. Пациенты с АС часто страдают заболеваниями сердечно-сосудистой системы, независимо от традиционных факторов риска, что требует своевременного назначения антикоагулянтов, диуретиков, иАПФ и β -блокаторов и динамического наблюдения кардиологом.

Регистр по проблеме фибрилляции предсердий у больных хронической сердечной недостаточностью: результаты участия г. Астрахань.

Демидов А.А., Ибрагимова Д.М., Курмаева А.Ш., Прокопенко Н.А., Колюжная Н.В.

*Астраханский государственный медицинский университет,
Городская поликлиника №1, Астрахань*

Актуальность. Хроническую сердечную недостаточность (ХСН) и фибрилляцию предсердий (ФП) по праву можно назвать эпидемиями XXI века, которые ассоциируются с высокой заболеваемостью и смертностью пациентов. Данные о соблюдении клинических рекомендаций и распространенности длительной антикоагулянтной терапии у данной группы больных в нашей стране ограничены. ФП страдают 1–2% общей популяции, и этот показатель растет в последние годы и, вероятно, будет увеличиваться в ближайшие 50 лет в связи со старением населения.

Цель исследования. Выявить истинную распространенность и определить особенности ведения пациентов с ХСН и фибрилляцией предсердий в г. Астрахань.

Материалы и методы. Критериями включения были возраст старше 18 лет, документально подтвержденная клинически манифестная ХСН в течение как минимум 3 месяцев до скрининга, гемодинамически стабильная фибрилляция предсердий неклапанной этиологии.

Результаты. В регистр было включено 60 пациентов, из них 18(30%) мужчин и 42(70%) женщин, средний возраст – 70 лет. Основным этиологическим фактором является ИБС. Средняя продолжительность заболевания составила 8 лет. Постоянная форма ФП зафиксирована у 95% пациентов. У данной группы больных в анамнезе зарегистрированы ХСН в 88% случаев, сахарный диабет в 23%, перенесенный ИМ в 20%. Средний уровень холестерина – 5,0 ммоль/л. Медикаментозная терапия проведена препаратами в следующем соотношении: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента-55%, антагонисты рецепторов ангиотензина II-22%, аденоблокаторы – 58%, диуретики – 85%, сердечные гликозиды – 68%, блокаторы кальциевых каналов – 18%, статины – 23%, антиагреганты – 48%, антикоагулянты (Варфарин) в 23% (среднее МНО – 1,9).

Выводы. В г. Астрахань зарегистрировано большое количество пациентов с ФП, не получающих должную терапию антикоагулянтами и имеющих значения МНО ниже целевого диапазона. В связи с этим группе больных с ФП есть возможность назначения новых непрямых антикоагулянтов.

Динамика аритмологического статуса пациентов с дисплазией соединительной ткани: результаты среднесрочного периода наблюдения.

Джазаева М.Б., Зангелова Т.Э., Гладких Н.Н.

*Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь*

Цель: провести анализ течения нарушений сердечного ритма и проводимости у пациентов с дисплазией соединительной ткани (ДСТ) в ходе проспективного трехлетнего наблюдения.

Материал и методы. Обследованы 20 пациентов (16 мужчин и 4 женщины, медиана возраста 19,5 лет) с клиническими признаками ДСТ и нарушениями сердечного ритма и проводимости. Критерии включения: подписание информированного добровольного согласия на участие в исследовании; мужчины и женщины в возрасте 18–35 лет с диспластическими признаками; нарушения сердечного ритма и проводимости. Критерии исключения: моногенные наследственные синдромы (Марфана, Элерса-Данло и др.); другая сердечно-сосудистая патология (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, некоронарогенные заболевания миокарда, пороки сердца, травмы грудной клетки и т. п.); острые и хронические в периоде обострения заболевания внутренних органов; эндокринная патология; злокачественные заболевания; беременность и послеродовый период. Пациенты отрицали злоупотребление алкоголем, прием наркотических веществ, курение. Всем обследуемым проводили фенотипический анализ (Российские рекомендации ВНОК, 2012), ЭКГ (Shiller AT-1, Shiller AG, Швейцария), холтеровское мониторирование ЭКГ (Кардиотехника-04, Россия). За пациентами было осуществлено трехлетнее проспективное наблюдение с мониторингом течения заболевания, в том числе регистрацией ЭКГ и холтеровского мониторирования. Для статистического анализа данных применяли пакет программ «AtteStat 10.5.1». Качественные признаки представлены процентными долями (%). Использовали критерий χ^2 Мак-Немара. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Фенотипическое обследование позволило верифицировать первичный миксоматозный ПМК (10% пациентов), синдром пролапса митрального клапана (75%), неклассифицируемый фенотип (10%) и повышенную, преимущественно висцеральную, диспластическую стигматизацию (5%). В зависимости от характера нарушений сердечного ритма и проводимости пациенты с ДСТ были стратифицированы на 4 группы (Ю.В. Шубик, 2001): 1-я группа – аритмии, обнаружения которых не позволяет считать пациента здоровым (желудочковая тахикардия, фибрилляция предсердий, суправентрикулярная тахикардия при длительности более 5 QRS), 2-я группа – нарушения ритма, не характерные для здоровых; их обнаружение требует дообследования (паузы на фоне синусовой аритмии более 2 сек., атрио-вентрикулярная блокада, узловой ритм), 3-я группа – аритмии, обнаружение которых не дает основания для вынесения суждения «здоров или болен» (экстрасистолия) и 4-я группа – норма (синусовая аритмия, миграция водителя ритма по предсердиям). Исходно в 1-й группе оказалось 15% больных, во 2-й – 25%, в 3-й – 45% и в 4-й – 15%. В динамике через 3 года пациенты с ДСТ по клиническому значению аритмий распределились следующим образом: 1-я группа – 0 ($p > 0,05$), 2-я – 25% ($p > 0,05$), 3-я – 70% ($p > 0,05$) и 4-я группа – 5% ($p > 0,05$). Следовательно, достоверно значимой динамики в аритмологическом статусе у молодых пациентов с ДСТ в течение среднесрочного периода наблюдения не отмечено. Отсутствие в динамике гемодинамически значимых аритмий (1-группа) обусловлено их хирургической коррекцией, в частности катетерной трансвенозной радиочастотной абляцией медленных путей проведения атриовентрикулярного соединения или дополнительных путей проведения. Констатировано сохранение у пациентов 3-й группы желудочковых экстрасистол высоких градаций. Данный факт в нашем исследовании был обусловлен низкой приверженностью к лечению среди амбулаторных пациентов с признаками ДСТ.

Выводы: 1) Результаты среднесрочного периода наблюдения свидетельствуют об отсутствии достоверной динамики в аритмологическом статусе молодых пациентов с дисплазией

соединительной ткани. 2) Необходима образовательная программа, направленная на повышение приверженности к лечению среди амбулаторных пациентов с признаками дисплазии соединительной ткани.

Стрессогенная артериальная гипертензия и фенотип у лиц трудоспособного возраста.

Евсеева М.Е., Иванова Л.В., Вязова А.С., Борлакова Д.М., Барабаш И.В., Щебакова Л.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

По сей день некоторые аспекты проблемы гипертензии рабочего места (ГРМ), как стрессогенной формы повышения АД остаются не изученными. В частности, не исследован вопрос возможного влияния на ее проявления фенотипических особенностей по типу дисплазии соединительной ткани (ДСТ). Актуальность изучения такого аспекта продиктована широкой распространённостью ДСТв общей популяции и доказанным влиянием дисплазии на течение некоторых СС заболеваний.

Цель: оценить особенности влияния ДСТ на некоторые показатели СМАД при АГРМ.

Материал и методы. Инструментально обследованы 48 сотрудников правоохранительных органов (ПО) в процессе проведения их диспансеризации. Критерии включения в исследование – мужской пол и возраст до 40 лет. Профессиональную стрессогенную нагрузку (ПСН) оценивали с позиций модели профессионального стресса (ПС), предложенной Karasek R., Theorel T. (1990). Такая деятельность осуществляется, с одной стороны, в условиях повышенной ответственности, дефицита времени и опасности, а, с другой стороны, в условиях ограничения возможности принятия личного решения. Диагностика диспластических проявлений в виде соответствующих фенотипов и синдромов проводилась с позиций критериев, изложенных в Национальных рекомендациях по наследственным нарушениям СТ. Сформировано три группы наблюдения: 1 гр. без стрессорного воздействия какой-либо оперативной деятельности и без наличия у обследуемых явных диспластических синдромов и фенотипов, но при допущении единичных малых внешних признаков или малых недиагностических внутренних аномалий в количестве не более 2-х, что соответствует допустимой норме (группа ПСН- и ДСТ-); 2 гр. с наличием оперативной деятельности, но без признаков явной диспластических синдромов и фенотипов (группа ПСН+ и ДСТ-); 3 гр. с наличием оперативной деятельности и с повышенной диспластической стигматизации (3-4-5 указанных стигм дизэмбриогенеза) или признаками неклассифицируемого фенотипа, который соответствует наличию 6 и более малых внешних и/или внутренних признаков ДСТ. Обследование включало суточное мониторирование (СМ) АД на фоне рабочего и выходного дня на аппаратном комплексе ВРLab («Пётр Телегин», Россия). При обработке данных использовался пакет прикладных программ «STATISTICA», версия 6. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Анализ данных СМАД свидетельствовал, о том, что на фоне обычного рабочего дня у представителей как 2-й, так и 3-й групп наблюдения отмечалось повышение большинства изученных показателей по сравнению со сверстниками из 1-й группы. С другой стороны, в выходной день у обследуемых, подверженных

воздействию ПСН из 2-й и 3-й групп, практически все измененные параметры СМАД нормализовались, что является подтверждением стрессогенного характера выявленного у сотрудников ПО повышения АД на фоне ПСН. Сравнение же показателей СМАД у сотрудников ПО из 2-й и 3-й групп свидетельствовало о наличии некоторых различий между ними под влиянием ДСТ. При этом особо значимые различия касались вариабельности систолического АД днем и диастолического АД ночью, которые достигали 17,3% и 17,5% соответственно. Выводы. При проведении ведомственной диспансеризации лиц стресс-ассоциированных сфер деятельности необходимо шире внедрять, с одной стороны, диагностические технологии выявления признаков недостаточности СТ статуса, а, с другой стороны, использовать двухсуточное СМАД с целью своевременного распознавания АГРМ. При этом следует помнить о возможности усугубления некоторых проявлений указанной формы гипертензии под влиянием соединительно-тканной дисфункции.

Диспластические фенотипы и клинические синдромы в аспекте диспансерного наблюдения студентов.

Евсеева М.Е., Ростовцева М.В., Барабаш И.В., Самсонова В.С., Горьковенко М.В., Слеткова Д.А.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

В соответствии с Национальными рекомендациями по диагностике и лечению наследственных нарушений соединительной ткани (ННСТ) (Москва, РКО, 2-й пересмотр, 2012) кроме дифференцированных диспластических синдромов рекомендуется выделять ряд фенотипов, встречаемость которых гораздо выше в общей популяции. Пока в современной литературе широко не отражены данные по динамическому наблюдению за их возможной трансформацией у такой социально значимой категории, как студенческая молодежь. Влияние же различных образовательных нагрузок на ресурсы здоровья в течение нескольких лет обучения в значительной степени зависит от конституционально-наследственных особенностей организма, включая присутствие дисплазии СТ (ДСТ).

Цель: оценить встречаемость диспластических фенотипов и их клинических проявлений в процессе диспансерного наблюдения студентов-медиков за 6 лет учебы в вузе.

Материал и методы. Фенотипическому скринингу на 1-м и 6-м курсах обучения подвергнуты 311 студентов СтГМУ в рамках внутривузовской диспансеризации. При этом использованы диагностические критерии нацрекомендаций по ННСТ. 34 лицам проведено динамическое исследование показателей суточного мониторинга (СМ) АД (ВРLab, «Пётр Телегин», Н-Новгород) и вариабельности ритма сердца (ВРС) («Нейро-софт», Иваново). При обработке данных использовался пакет прикладных программ «STATISTICA», версия 6.

Результаты. Оказалось, что среди первокурсников частота встречаемости диспластических фенотипов была следующей – марфаноидная внешность 9,9%, элерсоподобный фенотип 0,9%, доброкачественная гипермобильность суставов 1,1%, неклассифицируемый фенотип 17,4% и повышенная внешняя стигматизация 33,2%. Иными словами, без признаков ДСТ оказались 37,4% первокурсников. Повторный скрининг тех же студентов на

выпускном курсе обучения свидетельствовал о незначительном изменении некоторых признаков у отдельных лиц в рамках уже выявленных диспластических фенотипов (усиление имевшихся сколиотических изменений или миопии, появление периодической болезненности в различных отделах позвоночника и пр.). При этом выявлена заметная динамика встречаемости различных сердечно-сосудистых (СС) жалоб с 14,7% до 35,3%, общей мощности регуляторного спектра (ТР) с 2076 ± 191 до 1722 ± 158 Гц, коэффициента LF/HF с $1,3 \pm 0,1$ до $3,4 \pm 0,2$, а количества суправентрикулярных и желудочковых экстрасистол с $3,7 \pm 0,4$ до $18,1 \pm 0,9$ и с $0,4 \pm 0,1$ до $0,9 \pm 0,3$ чел./час соответственно.

Выводы. Динамическое диспансерное наблюдение студентов в процессе 5–6 лет их обучения в медицинском вузе свидетельствует об умеренной динамике стороны проявлений выявленных на 1-м курсе различных диспластических фенотипов. Однако при этом у студентов-диспластиков имеется четкая динамика со стороны клинических и некоторых инструментальных показателей СС статуса. В частности, это касается клинико-функциональных проявлений в рамках дисрегуляторного и аритмического синдромов. Полученные данные указывают на необходимость формирования в процессе студенческой диспансеризации группы риска по развитию различных диспластико-зависимых состояний/заболеваний среди учащейся молодежи. Такой подход диктует необходимость дальнейшего совершенствования технологии вузовской диспансеризации её более широкого внедрения в оздоровительно-профилактическую практику.

Особенности госпитального этапа острого инфаркта миокарда в Ростовской области.

Заковряшина И.Н., Хаишева Л.А., Шлык С.В., Самокаев А.С., Гридасова Р.А., Суродов В.А.

Ростовский государственный медицинский университет, Городская больница скорой медицинской помощи, Ростов-на-Дону

По данным Всемирной организации здравоохранения, в ряду 10 ведущих причин инвалидности и смертности населения мира является ишемическая болезнь сердца (ИБС). Жизнеугрожающим и инвалидизирующим клиническим вариантом ИБС является острый инфаркт миокарда (ОИМ). В структуре общей заболеваемости всего населения РФ в 2014 году болезни системы кровообращения (14,2%) находятся на втором месте, среди причин смерти, занимают первое место – 49,9% или 653,7 на 100 тыс. населения.

Цель исследования. Оценить распространенность основных жалоб у пациентов с ОИМ, время обращения от момента начала заболевания в зависимости от гендерных признаков, частоту выполнения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ).

Материалы и методы. В проспективное исследование запланировано включить 100 человек, поступивших в МБУЗ ГБСМП г. Ростов-на-Дону с диагнозом ОИМ. В настоящий момент с сентября 2015 г., после получения информированного согласия, включен 71 человек. Мужчин – 50 человек (70%), женщин – 21 (30%) ($p < 0,05$). Летальный исход в условиях стационара наблюдался у 5% включенных пациентов, все мужчины.

Критериями включения были:

- возраст от 35 до 70 лет;
- экстренная госпитализация по поводу ОИМ;

- жители Ростова-на-Дону.

Критерии исключения:

- участие в клинических испытаниях на момент включения в исследование;
- пациенты, переведенные из другой больницы в том случае, если пациент провел в другой клинике более 24 часов;
- ОИМ, развившийся в больнице после интервенционного вмешательства.

Информация о пациентах была получена из истории болезни путем выкопировки данных (жалобы, первичный диагноз, пол, возраст, действия бригады скорой помощи, доставлявшей пациента в больницу). За время пребывания в больнице каждый пациент отвечал на вопросы, касающиеся следующих характеристик: социально-демографические, медицинские характеристики (обращение за медицинской помощью, анамнез заболевания в период до появления симптомов и госпитализации/смерти, прием лекарственных средств). Диагноз ОИМ был установлен согласно критериям «Диагностики и лечения больных ОИМ с подъемом сегмента ST ЭКГ».

Результаты. Средний возраст исследуемых мужчин 59,9 лет, женщин 61,7 лет ($p = 0,41$). Основной жалобой мужчин и женщин была боль за грудиной 96,1% и 93,3%, на втором месте у женщин статистически чаще отмечалась одышка ($p < 0,05$), у мужчин потливость и слабость. У 64,7% женщин и 53,3% мужчин такие симптомы возникли впервые в жизни. Статистически значимо больше обращались в скорую помощь, чем в поликлинику ($p < 0,03$). Следует отметить, что многие пациенты обращались за помощью не сразу от момента начала заболевания, 20% женщин сдерживал непостоянный характер боли, а 17,6% мужчин еще и страх. Даже в группе с повторным развитием ОИМ те же причины заставляли пациентов отложить обращение. Только 17% мужчин обратились в течение 15 минут от начала заболевания, остальные мужчины и женщины были более терпеливы и обращались спустя несколько часов. В группе с повторным ОИМ обращение в первый час было статистически больше ($p < 0,05$). Несмотря на случайную выборку пациентов, время их поступления пришлось на дневное и вечернее время суток. Информированность наших больных о необходимости приема аспирина в момент начала болей в области сердца оказалась низкой 23,5%, в группе с повторным событием статистически значимо больше, чем с первичным ($p < 0,05$). На базе МБУЗ ГБСМП г. Ростов-на-Дону с декабря 2015 г. появился центр интервенционного лечения. ЧКВ было проведено 50,9% мужчин и 26,7% женщин. Оклюзия одного сосуда у мужчин составило 41,2%, у женщин 20%. Статистически значимо чаще проводилось стентирование одного сосуда чем двух, как у мужчин, так и у женщин ($p < 0,05$). Средний возраст стентированных женщин составил 61,6 лет, мужчин – 58,7% ($p = 0,09$).

Выводы: 1. Средний возраст мужчин и женщин, поступивших с ОИМ, совпадает, причем независимо от возраста количество мужчин с ОИМ преобладает над женщинами во всех возрастных группах. 2,57% мужчин не обращаются за помощью при появлении болей сразу же, 17,6% из них из-за страха перед медицинскими манипуляциями. Однако в первые 15 мин. после появления симптомов за мед. помощью обращается 17% мужчин и 0% женщин. 3. Максимальное количество больных поступает в ЛПУ по поводу ОИМ от 4 до 16 часов от начала заболевания. Более 80% женщин через 14 часов от появления первых симптомов. 4. КВ проводятся по прежнему чаще мужчинам, чем женщинам (51% против 26,7%) возраст пациента не влиял на проведение ЧКВ.

Сахарный диабет 2 типа как предиктор неблагоприятного течения ишемической болезни сердца у мужчин старше 65 лет.

Знаменская И.А., Минасова Е.Н., Веденева Е.В., Еременко А.М., Ромашкина Т.В., Григорян Я.С., Беловолова Т.И.

Краевой клинический кардиологический диспансер, Ставрополь

Цель: изучить особенности клинического течения ишемической болезни сердца (ИБС) у больных с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа (СД) в старших возрастных группах.

Материал и методы. В исследование включено 64 больных с диагностированной ИБС, (средний возраст $69,8 \pm 0,5$ лет). Первую группу составили 32 пациента с ИБС и СД 2 типа. Группу сравнения составили 32 пациента с ИБС без СД. Обе группы сопоставимы по возрасту. Всем проводилось комплексное клинико-инструментальное обследование, включающее изучение биохимических показателей крови, ЭКГ и ЭхоКГ, мониторингирование ЭКГ по Холтеру, контроль АД. Результаты исследования были статистически обработаны с применением программ «Microsoft Office Excel 2007». Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. В основной группе диагностирована ИБС, стенокардия напряжения II и III ФК у 26,3% и 42,4% больных, соответственно. Безболевого ишемия миокарда – у 31,3%, перенесенный инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе у 9,3%. ХСН II ФК по NYHA у 35,4%, III – у 64,6% больных. В группе сравнения ИБС, стенокардия напряжения II и III ФК диагностирована у 59,4% и 28,1% больных соответственно, безболевого ишемия миокарда у 12,5%, перенесенный ИМ в анамнезе у 28,1%. ХСН II ФК по NYHA у 43,8%, III – у 56,2% больных. Анализируя особенности клинического течения ИБС в основной группе и группе сравнения, можно отметить, что в последней преобладала ангинозная форма заболевания 68,8% и 87,5% соответственно, $p = 0,04$), ИМ в анамнезе ($p = 0,03$). Безболевого ишемия миокарда достоверно чаще наблюдалась у пациентов с СД 2 типа ($p = 0,04$). Обе группы были сопоставимы по распределению степеней артериальной гипертензии и функциональных классов ХСН. Кроме того, по результатам мониторингирования ЭКГ по Холтеру, среди пациентов основной группы достоверно чаще регистрировались желудочковые нарушения ритма сердца высоких градаций (68,4%) против (41%) больных из группы сравнения, $p < 0,05$.

Выводы. Таким образом, СД 2 типа является предиктором неблагоприятного течения ИБС, наиболее частого развития нарушений ритма сердца и безболевого ишемия миокарда у мужчин старше 65 лет.

Первичная узловатая эритема (УЭ): характер течения и клинические особенности в зависимости от этиологического фактора.

Ивахненко О.И., Антипов В.В., Ивахненко Л.И.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Цель: изучение возможной зависимости клинических проявлений и течения Узловой эритемы (УЭ) от этиологических факторов.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились на базе 2-й ГБ г. Ставрополя. Под наблюдением находилось 20 женщин и 2 мужчины в возрасте от 19 до 61 года, имевших

клинические проявления УЭ. Продолжительность составляла 2 года. У 16 человек (возраст 19–45 лет) симптомы заболевания возникали остро в виде болезненных сливных узлов на голенях ярко красного цвета, сопровождались отеком голеней и стоп, в большинстве случаев сопровождались лихорадкой до $38-39^{\circ}\text{C}$, слабостью и артралгиями. Активность заболевания по лабораторным показателям соответствовала II–III степени. У 6 пациентов отмечалось упорное рецидивирующее течение заболевания в течение 1–5 лет, с преимущественным обострением в весенне-осенний период; узлы локализовались на передне-боковых поверхностях голеней, величиной до грецкого ореха, с умеренной болезненностью и отеком голеней.

Результаты. Установлено, что у 80% пациентов с острым течением УЭ, провоцирующим фактором была инфекция: вирусная инфекция (простой герпес, Эпштейн-Барр, цитомегаловирус) у 31%, и хронический тонзиллит (с возбудителем *Streptococcus pyogenus*) у 59%. На фоне назначенной гипоаллергенной диеты, антибактериальной терапии, нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС), глюкокортикостероидов (ГКС) и антигистаминных средств узлы бесследно исчезли через 3–4 недели. У 19% больных при остром течении были выявлены фоновые заболевания (лимфома внутригрудных лимфатических узлов – 1 человек, саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов и легких – 4 человека). Хроническое течение отмечалось преимущественно у женщин среднего и пожилого возраста, рецидивы длились месяцами (одни узлы рассасывались, другие появлялись). У этих больных было выявлено фоновое заболевание саркоидоз. У 4 пациенток среди патогенов были обнаружены вирусы простого герпеса, Эпштейн-Барр, цитомегаловирус. У одной пациентки выявлена уреоплазма. У этой группы пациентов отмечался кратковременный эффект от назначенной обычной противовоспалительной терапии. Добавление к лечению противовирусных средств и ГКС приводило к более стойкой и длительной ремиссии у данных пациентов.

Выводы. Характер течения УЭ зависит от этиологических факторов и наличия фоновой патологии, которые необходимо учитывать при подборе терапии для получения стойкой ремиссии.

Оценка эффективности карведилола на процессы ремоделирования сердца у больных хронической сердечной недостаточностью.

Камилова У.К., Алиева Т.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент

Цель исследования. Изучить эффективность бета блокатора с блокирующим свойством на показатели ремоделирования сердца у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Обследовано 119 больных мужского пола, в возрасте от 40 до 55 лет с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС). Все больные были разделены по функциональному классу (ФК) ХСН согласно Нью-Йоркской классификации кардиологов (NYHA) по данным проведения теста 6-минутной ходьбы (ТШХ): 31 больных были с ХСН I ФК, 46 больных со II ФК и 42 больных с III ФК по классификации NYHA. Контрольную группу составили 25 здоровых добровольцев. Эхокардиография (ЭхоКГ) была выполнена на аппарате Medison 8000 LIFE (Южная Корея), оснащенной специальным пакетом программ для записи и обработки изображений в режиме тканевого доплера трансоракальным методом исходно и через 6 месяцев наблюдения.

Карведилол (Карведил, Гриндекс) назначен всем больным путем титрования с дозы 1,25 мг до 50 мг в сутки. Среднесуточная доза препарата составил $27,5 \pm 2,5$ мг. Статистическую обработку проводили с использованием пакета электронных таблиц EXCEL 6.0.

Результаты исследования. При анализе показателей ремоделирования было установлено, что у больных с ХСН I ФК у 21 больных (67,72%) был выявлен концентрический тип ремоделирования, у 20 (43,5%) больных с II ФК ХСН встречалась концентрическая гипертрофия ЛЖ и 26 (56,5%) преобладал эксцентрический тип ремоделирования. При III ФК ХСН у 35 больных (83,3%) преобладал эксцентрический тип ремоделирования. Снижение показателя фракции выброса (ФВ) < 50% определен у 27 (58,7%) больных с II ФК ХСН и у 30 (85,7%) больных с III ФК ХСН. Длительный прием карведилола на фоне комплексной терапии способствовал достоверному увеличению ФВ у больных с II ФК ХСН, так и III ФК ХСН на 12 16% соответственно ($p < 0,05$). Тип конфигурации сердца за время наблюдения также претерпел существенные изменения: у 35,4% пациентов восстановилась нормальная геометрия ЛЖ ($p < 0,01$).

Выводы. У больных ХСН процессы ремоделирования характеризовались преобладанием эксцентрического типа ремоделирования с прогрессированием заболевания. Длительный прием карведилола способствовало улучшению сократительной способности миокарда левого желудочка с улучшением структурно-геометрических параметров.

Важность холтеровского мониторирования ЭКГ и АД пациентов со стенозом сонных артерий и головокружением.

Кардашевская Л.И., Михайличенко Е.С., Марусиченко Е.А.

*Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького, Институт неотложной и восстановительной
хирургии им. В.К. Гусака, Донецк*

Цель исследования. Оценить значение холтеровского мониторирования (ХМ) ЭКГ и АД в дифференциальной диагностике головокружений у пациентов со стенозами экстракраниальных, в частности, сонных артерий.

Материалы и методы. Обследованы 86 пациентов неврологического стационара (м/ж 51/35, средний возраст $52,7 \pm 3,2$ лет) со стенозом ≥ 50 % сонных артерий (СА) различного генеза. В 1 гр. (68 б-х) атеросклеротическое поражение СА у 24 человек сочеталось с артериальной гипертензией (АГ), во 2 гр. (18 б-х) стенозы СА были обусловлены патологической извитостью и сочетались с соединительнотканной дисплазией (СТД) сердца. Суточное мониторирование ЭКГ и АД проводилось на мониторах Кардиотехника-4000, «ИНКАРТ».

Результаты исследования. У 8 (11,8%) пациентов 1 гр. регистрировались пароксизмы наджелудочковой тахикардии (НЖТ), у 16 (23,5%) – пароксизмы фибрилляции предсердий (ФП), у 6 (8,8%) – постоянная форма ФП с паузами ритма свыше 2000 мс. Желудочковые нарушения ритма: аллоритмии по типу бигеминии наблюдались у 7 (10,3%) пациентов, неустойчивая желудочковая тахикардия у – 2 (2,9%). АВ-блокада 2–3 степени регистрировалась у 6 (8,8%) пациентов, у 2 из них – полная АВ-блокада с паузой 8–10 с и приступом МЭС. У 32 б-х из 1 гр. выявлены ишемические изменения сегмента ST. Во 2 гр. пароксизмы НЖТ регистрировались у 2 (11,1%) б-х, синоатриальная (СА) блокада у 4 (22,2%) б-х, переходящая АВ-блокада 2–3 степени

с паузами ритма свыше 3000 мс – у 2 (25%), переходящая блокада правой ножки пучка Гиса в сочетании с элевацией сегмента ST и удлинением интервала QT – у 1 б-го, синусовая брадикардия – у 2 (25%) пациентов. Клиническими проявлениями и нарушениями гемодинамики сопровождалась пароксизмы НЖТ и ФП, АВ-блокада 2 ст. Мобизц 2 и 3 степени, СА блокада с паузами ритма свыше 3000 мс, синусовая брадикардия. При анализе результатов мониторирования АД следует отметить значительную вариабельность систолического АД (САД) у больных 1 группы по сравнению с диастолическим АД (ДАД) в дневное время, которая у 1/3 обследуемых сопровождалась головокружением. Впоследствии диагностированы синдром Бругада в 1 случае, синдром слабости синусового узла (СССУ) у 3 больных, отмечена корреляция между атеросклеротическим поражением сонных и коронарных артерий (по данным коронарографии) у 11 б-х (16,2%) 1 группы.

Выводы. Головокружения у больных с атеросклеротическим стенозом сонных артерий могут быть обусловлены кардиальными причинами (в нашем наблюдении почти у 21% обследуемых), среди которых ведущую роль играют пароксизмы наджелудочковой тахикардии и фибрилляции предсердий, АВ-блокада 2–3 ст., СССУ. При патологической извитости сонных артерий и синдроме СТД сердца причиной головокружений могут быть СА либо АВ-блокада 2–3 степени, пароксизмы аритмий, ассоциированных с аномалиями проводящей системы сердца и высоким риском внезапной смерти. Мониторирование АД у больных с атеросклеротическим стенозом сонных артерий продемонстрировало значительную вариабельность систолического АД у пациентов с АГ и часто чрезмерное снижение АД, что коррелирует с опасностью развития инсультов. Таким образом, ХМ ЭКГ и АД у пациентов с головокружениями и со стенозом экстракраниальных артерий является обязательным при проведении дифференциальной диагностики для исключения возможных кардиальных причин для адекватной тактики ведения пациентов.

Гендерные различия клинических проявлений хронической обструктивной болезни легких.

Карпухина Е.П., Васильева Л.В., Никитин В.А.

*Воронежский государственный медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко, Воронеж*

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является широко распространенным заболеванием. В РФ по данным эпидемиологического исследования GARD, этим заболеванием страдают 15,3% популяции. По данным российского неинтервенционного исследования SUPPORT диагноз ХОБЛ в нашей стране устанавливается очень поздно, в среднем через $8,2 \pm 6,56$ после того, как пациентов начинают беспокоить симптомы болезни. Известно, что этим заболеванием чаще болеют мужчины, что обусловлено, в первую очередь, большей частотой курения и его интенсивности у них.

Целью нашей работы было определение особенностей клинического течения ХОБЛ у мужчин и женщин.

Было обследовано 43 мужчины и 25 женщин, страдающих ХОБЛ. Диагноз устанавливали согласно критериям GOLD 2015 года. Средний возраст обследуемых пациентов составил $68,6 \pm 2,9$ лет у мужчин и $70,1 \pm 3,2$ лет у женщин. Все больные были курильщиками со стажем $16 \pm 2,8$ пачка/лет и $14 \pm 2,2$ пачка лет соответственно. Средние значения объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1)

были у мужчин $56,1 \pm 3,6$, у женщин $58,7 \pm 4,4$ и достоверно в группах не отличались. В ходе работы оценивали выраженность симптомов болезни (тяжесть одышки, толерантность к физической нагрузке), частоту обострений (учитывались лишь зарегистрированные врачом обострения в прошедшем году), наличие сопутствующих заболеваний, в том числе индексы коморбидности по M. Charlson (CCI), приверженность к лечению. При анализе вопросников CAT и mMRC было выявлено, что симптомы болезни у пациенток были несколько менее выраженными по сравнению с мужчинами, хотя разница была статистически недостоверной. Тест с 6-минутной ходьбой у женщин был $368,41 \pm 93,8$ м. У мужчин толерантность к физической нагрузке была ниже и результаты вышеуказанного теста были $272,8 \pm 118,1$ м. Выявлено, что у женщин чаще обострения ХОБЛ ($2,8 \pm 1,1$) по сравнению с мужчинами ($1,5 \pm 1,8$). У всех обследуемых пациентов выявлены сопутствующие заболевания. Среднее количество сопутствующих заболеваний у женщин было $4,6 \pm 1$, у мужчин - $5,6 \pm 1,1$. CCI у мужчин составил $3,9 \pm 0,9$, у женщин - $3,1 \pm 1,23$. Наиболее часто ХОБЛ сочеталась с ИБС, гипертонической болезнью, дисциркуляторной энцефалопатией, сахарным диабетом 2 типа, гастро-эзофагеальной рефлюксной болезнью, остеоартрозом, остеопорозом. Минеральная плотность костной ткани предплечья у обследованных пациенток была $0,56 \pm 3,5$, а мужчин она составила $0,66 \pm 0,2$. Значения T-критерия были достоверно выше у страдающих ХОБЛ мужчин по сравнению с женщинами, имеющими это заболевание ($p < 0,05$). При изучении приверженности к назначаемой врачом терапии также были выявлены половые различия. Пациентки достоверно чаще ($p < 0,05$) обращались за медицинской помощью, с чем, вероятно, и связано большее количество зарегистрированных обострений. Пациентки были более привержены к выполнению врачебных назначений. Самыми частыми причинами недостаточной приверженности мужчины называли высокую стоимость назначаемых врачом лекарственных препаратов, забывчивость, недооценку тяжести своего состояния, непонимание важности постоянного лечения. Женщины в качестве причин недостаточной приверженности также указывали на высокую стоимость препаратов, непонимание необходимости постоянной терапии, боязнь побочных эффектов. Таким образом, существуют половые особенности клинического течения ХОБЛ, которые надо учитывать при ведении пациентов.

Роль полиморфизма Met235Thr гена AGT в формировании хронической сердечной недостаточности у жителей Республики Дагестан.

Касаева Э.А., Маммаев С.Н., Заглиева С.С.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала

Цель исследования: изучение влияния полиморфизма Met235Thr гена AGT (гена ангиотензиногена) на формирование хронической сердечной недостаточности, ишемической этиологией у жителей Республики Дагестан.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 40 пациентов, страдающих ХСН 1-4 ФК по NYNA, ишемической этиологии, в возрасте от 55 до 65 лет (средний возраст $56 \pm 4,1$). Контрольную группу составили 25 практически здоровых лиц в возрасте от 55 до 65 лет (средний возраст $54 \pm 2,8$). У всех участников исследования

было взято информированное согласие на обезличенную обработку данных обследования в научных целях. Всем пациентам проводилось клиничко-лабораторное обследование, при оценке тяжести ХСН использовалась функциональная классификация, (New York Heart Association – NYHA). Для оценки систолической функции миокарда левого желудочка использовались следующие эхокардиографические показатели: фракция выброса (ФВ) конечносистолический и конечнодиастолический размер, (КСР и КДР), степень укорочения переднезаднего размера левого желудочка (% Δ S). В качестве критерия диастолической дисфункции использовалось отношение ранней (Е) фазы заполнения левого желудочка к предсердному (А) компоненту его диастолического заполнения (Е/А). Исследование Met235Thr полиморфизма гена AGT проводилось методом полимеразной цепной реакции с использованием наборов тест-систем «Кардиогенетика-гипертония» НПО «ДНК-Технология» г. Москва, в медицинском центре «Гепар» г. Махачкала. Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с помощью пакета прикладных программ статистика 6.0, в случае множественных сравнений использовалась поправка Бонферрони.

Результаты исследования На основании генетического типирования частота генотипа MM гена AGT у обследованных жителей Республики Дагестан 16,9%, TT – 45,8% и TM – 37,3%, T аллель в гомо- и гетерозиготах выявлена у 49 (83,1%) из 59. Распределение генотипов отвечало закону Харди-Вайнберга. В исследуемой выборке генотип MM полиморфного маркера Met235Thr гена AGT встречается реже у больных ХСН, по сравнению со здоровыми лицами (11,4% и 33,3%, соответственно). Различия не достигли статистической значимости ($p=0,113$), однако мощность исследования ($P=0,396$) не позволяет отказаться от предположения о том, что носители этого аллеля имеют более низкий риск развития заболевания. Так же выявлено, что гомозигота TT по сравнению с гетерозиготой ассоциирована с более высоким уровнем триглицеридов ($2,7 [2,1; 2,9]$ ммоль/л и $2,0 [1,6; 2,6]$ ммоль/л, соответственно, $p=0,049$) и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) ($4,4 [3,9; 5,6]$ ммоль/л и $3,8 [3,2; 4,2]$ ммоль/л, соответственно, $p=0,047$). Отсутствие достоверных различий по вышеуказанным показателям между гомозиготами TT и MM, возможно связано с малой встречаемостью генотипа MM в исследуемой группе. При оценке возможной связи полиморфизма Met235Thr гена AGT с систолической функцией миокарда левого желудочка в группе больных ХСН значимых зависимостей с величиной фракции выброса (ФВ) и степени укорочения переднезаднего размера левого желудочка (% Δ S) выявлено не было, в то же время у пациентов – носителей аллели T отмечались большие размеры левого желудочка: КДР ЛЖ при генотипе MM составляет $5,0 [4,8; 5,1]$ см, по сравнению с $5,6 [5,1; 6,0]$ и $5,4 [4,9; 5,8]$ см при генотипе TT и TM, соответственно; КСР ЛЖ при генотипе MM составляет $2,4 [2,1; 2,8]$ см, по сравнению с $3,0 [2,9; 3,3]$ и $2,8 [2,6; 3,1]$ см при генотипе TT и TM, соответственно, различия находились на уровне статистической тенденции. Уровень Е/А указывает на тенденцию к меньшей диастолической дисфункции при генотипе MM составляет $0,67 [0,65; 0,77]$, по сравнению с $0,60 [0,55; 0,64]$ и $0,62 [0,58; 0,67]$ при генотипе TT и TM.

Выводы. 1) Генотип TT полиморфного маркера Met235Thr гена AGT ассоциируется с повышением вероятности развития ХСН ишемической этиологии, в то время как генотипа MM полиморфного маркера Met235Thr гена AGT снижает эту вероятность. 2) Сравнительный анализ клинических данных показал, что у носителей гомозиготы TT M235T гена AGT более высокий уровень триглицеридов, липопротеидов низкой плотности плазмы крови, размеров левого желудочка и выраженность диастолической дисфункции.

Особенности жирнокислотного обмена сыворотки при нарушениях функционального состояния печени у больных хроническим холециститом.

Кнышова В.В., Денисенко Ю.К., Шейкина А.И., Новгородцева Т.П.

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания, Научно-исследовательский институт медицинской климатологии и восстановительного лечения, Егорьевск, Владивосток

Цель: оценка взаимосвязи клинко-функционального состояния печени с показателями метаболизма липидов сыворотки, составом свободных жирных кислот (СЖК) плазмы и жирных кислот (ЖК) липидов эритроцитов крови у больных хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) в фазе ремиссии.

В проспективном исследовании принимали участие 53 больных ХНХ в фазе ремиссии на условиях добровольного информированного согласия. У всех обследованных выявлено увеличение активности АлАТ и АсАТ в 4 и 2 раза ($p < 0,001$), общего билирубина в 2 раза ($p < 0,001$), прямой фракции – в 3 раза ($p < 0,01$), непрямой – в 1,7 раз ($p < 0,001$) с увеличением активности ЩФ в 1,5 раза ($p < 0,001$). Нарушения липидного обмена характеризовались увеличением атерогенных фракций сыворотки крови – ОХС на 25,8% ($p < 0,01$), ТГ на 40,3% ($p < 0,01$), ХС ЛПНП на 37,5% ($p < 0,01$), повышение ИА в 1,8 раза ($p < 0,01$), снижением ХС ЛПВП на 25,9% ($p < 0,01$). Функциональное состояние печени характеризовалось изменениями ее структуры с увеличением размеров, обеднением сосудистого рисунка (у 38,5% больных), в 20% случаев – увеличением диаметра портальной вены и холедоха. Изменение состава свободных жирных кислот (СЖК) плазмы и жирных кислот (ЖК) липидов эритроцитов крови проявлялось дефицитом доли линолевой (18:2n-6), арахидоновой (20:4n-6), эйкозапентаеновой (20:5n-3), 22:4n-6 и 22:5n-3 на фоне накопления насыщенных ЖК (14:0) и (18:0). Пациентов разделили на 2 группы. В 1-ю группу вошли 16 пациентов с нормальными функциональными параметрами печени, во 2-ю – 37 пациентов с цитолитическим синдромом и гипербилирубинемией. Анализ количественного состава СЖК показал, что не зависимо от функционального состояния печени у пациентов с ХНХ наблюдалось повышение уровней насыщенных ЖК: миристиновой (14:0), пентаеновой (15:0), стеариновой (18:0) и понижение уровня олеиновой (18:1n-9) и арахидоновой (20:4n-6) кислот. В тоже время уровень γ -линоленовой кислоты (18:3n-6), напротив, повышался в 2,5 раза у лиц 1-й группы; в 7,5 раза – во 2-й группе. Что свидетельствует о нарушении состава свободных жирных кислот у лиц с ХНХ не зависимо от функционального состояния печени. При изучении состава ЖК липидов эритроцитов обследованных отмечалось повышение доли насыщенных жирных кислот (14:0), (18:0) в обеих группах, а выраженный дефицит ПНЖК был выявлен у лиц 2-й группы в виде снижения доли линолевой (18:2n-6), арахидоновой (20:4n-6), эйкозапентаеновой (20:5n-3), 22:4n-6 и 22:5n-3 кислот. У пациентов 1-й группы содержание общего белка находилось в обратной зависимости от уровня насыщенной ЖК (стеариновая (18:0) ($r = -0,9$)) и в эритроцитах ПНЖК (эйкозапентаеновая (n22:5w3) ($r = -0,828$)). Определялись прямые связи между содержанием α 1-глобулина и индексом ненасыщенности жирных кислот эритроцитов ($r = 0,9$), α 2-глобулина и уровнем докозатраеновой ЖК (n20:4w6) эритроцитов ($r = 0,9$), β -глобулина и уровнем олеиновой ЖК (n18:1w9) эритроцитов ($r = 0,9$).

Активность трансминаз находилась в прямой связи с уровнем олеиновой ЖК (n18:1w9) плазмы крови и в обратной зависимости с уровнем стеариновой ЖК (18:0) в плазме крови ($r = -0,948$), миристиновой ЖК (14:0) в эритроцитах ($r = -0,88$). У пациентов 2-й группы отмечалась взаимосвязь между уровнем линолевой ЖК (n18:2w6) в плазме крови и активностью АлАТ ($r = -0,70$), АсАТ ($r = -0,683$). В то же время с уровнем пальмитиновой ЖК (16:0) в плазме крови связана активность АсАТ ($r = 0,706$), суммарного показателя ПНЖК n-6 в плазме крови ($r = -0,669$) и стеариновой ЖК (18:0) в эритроцитах – активность АлАТ ($r = 0,750$). Увеличение прямого билирубина было обратно связано с уровнем арахидоновой ЖК (20:4n6) эритроцитов ($r = -0,794$), а ЩФ – с ИН ЖК эритроцитов ($r = 0,667$).

Выводы. Таким образом, при ХНХ изменения структурно-функционального состояния печени ассоциированы с модификацией состава свободных жирных кислот плазмы и эстерифицированных ЖК эритроцитов крови, а манифестом представленных нарушений является дислипидемия, воспаление, окислительный стресс, что способствует рецидивирующему течению ХНХ.

Этоксидол в терапии хронической сердечной недостаточности.

Козакова С.А., Карслиева М.В., Стамо Э.В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставропольская краевая клиническая больница, Ставрополь

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – одна из существенных медико-социальных проблем. Сахарный диабет (СД) является независимым предиктором инвалидизации и смертности как при клинически явной, так и при бессимптомной ХСН. Комплексная терапия основной и сопутствующей патологии у пациентов с ХСН представляет сложности в силу большого числа патогенетических механизмов, приводящих к прогрессированию клинической симптоматики с развитием декомпенсации и необратимых изменений в миокарде, а также возникновением тромботических осложнений. Поиск рациональных подходов в терапии ХСН остается объектом пристального внимания врачей и ученых.

Цель и задачи исследования: изучить влияние антиоксидантной терапии препаратом Этоксидол на клинические проявления и данные лабораторно-инструментальных методов диагностики у больных с СД II типа с ХСН II-III ФК, развивающейся на фоне гипертонической болезни (ГБ) и ишемической болезни сердца (ИБС), с имеющимися поражениями сосудов головного мозга.

Материалы и методы: в исследовании участвовали 37 больных в возрасте от 55 до 75 лет с ХСН II-III ФК (по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца) на фоне ГБ II и III стадии, ИБС со стенокардией напряжения I-II ФК (по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества) и СД II типа. Пациенты находились на обследовании и лечении в эндокринологическом и неврологическом отделениях ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница». Проводилась оценка клинического статуса больных, а также комплексное лабораторное: общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование: глюкоза крови, общий белок, креатинин, мочевины, липидограмма, коагулограмма, электролиты крови; инструментальное: ЭКГ, параметры ЭхоКГ, 6-мин тест ходьбы, тредмил-тест. Изучаемые показатели проанализированы до лечения и через 16 недель терапии. Статистические методы и

критерии достоверности результатов оценивались с использованием программы BIOSTAT.

Результаты исследования: все пациенты разделились на две группы: I группа – 70,3 % (n=26) больных, у которых комплексная терапия ХСН включала иАПФ, β-адреноблокаторы, мочегонные препараты, статины; II группу составили 29,7% (n=11) человек – с включением в схему комплексной терапии ХСН препарата Этоксидол продолжительностью 16 недель. В обеих группах удалось обеспечить желаемое улучшение клинического статуса и показателей лабораторно-инструментальных исследований через 16 недель подобранной терапии. Однако у пациентов II группы отмечались более существенные изменения: среднее расстояние, пройденное в тесте с 6-минутной ходьбой (м), увеличивалось (до лечения – 355,4±25,6, через 16 нед. терапии этоксиолом – 438,9±25,6 (p<0,01)) и толерантность к физической нагрузке (МЕТ ед.) существенно повышалась (до лечения – 6,24±1,25; после – 7,46±1,72 (p<0,01)), по сравнению с пациентами I группы (тест с ходьбой: до лечения – 358,4±27,4, после – 398,6±24,3 (p<0,01)) и толерантность к нагрузке: до лечения – 6,32±1,24; после – 6,72±1,72 (p<0,01)). Показатели САД и ДАД приходили к нормальным значениям и существенно не различались у пациентов обеих групп, в то же время регистрировалось снижение частоты кризовых подъёмов АД у пациентов, получающих в комплексной терапии этоксиолом, в 1,7 раз по сравнению с больными I группы. Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ, %) исходно не различалась: в I группе – 57,4±5,4, во II группе – 58,3±6,2; по истечении 16 нед. терапии были отмечены следующие изменения: в I группе – 59,5±4,2, во II группе – 62,5±7,9 (p<0,01).

Выводы: включение в комплексную терапию этоксиолола у больных ХСН II-III ФК на фоне гипертонической болезни и ИБС со стенокардией напряжения и СД II типа существенно повышает толерантность к физической нагрузке и улучшает ЭхоКГ показатели активного расслабления и податливости ЛЖ у данного контингента больных. Поиск рациональных схем терапии ХСН увеличивает вероятность успешного решения врачом стоящих перед ним задач; в том числе комплексный подход в терапии, включая предотвращение возникновения рецидивов, тяжелых осложнений (инсульты, инфаркты) как со стороны головного мозга, так и со стороны сердца, и уменьшение частоты госпитализаций, а также улучшение качества жизни пациентов.

Качество жизни у больных ревматоидным артритом.

Корой П.В., Саритхала В.Д., Ягода А.В., Гладких Н.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Качество жизни – интегральный показатель, включающий функциональное состояние пациента (работоспособность, толерантность к физической нагрузке, выполнение домашней работы), симптомы, связанные с заболеванием или его лечением, психическое состояние, социальную активность, удовлетворенность медицинской помощью и др. Основные проявления ревматоидного артрита приводят к социальной дезадаптации больных. Психосоциальная ранимость пациентов с ревматоидным артритом сопровождается формированием низкой самооценки и затрудняет социальную адаптацию пациентов. Учитывая многофакторность воздействия болезни на различные аспекты качества жизни пациентов, становится

очевидной необходимость комплексной оценки этого показателя при ревматоидном артрите.

Целью исследования явилось определение качества жизни у пациентов с ревматоидным артритом.

Материал и методы. Обследовано 30 больных ревматоидным артритом (5 мужчин, 25 женщин) в возрасте от 22 до 64 лет (средний возраст 44,9 ± 1,98 лет), находившихся на обследовании и лечении на базе ревматологического отделения Ставропольской краевой клинической больницы. Контрольная группа из 30 практически здоровых человек была сопоставимой по полу и возрасту. Определение качества жизни проводилось с помощью опросников «Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey» (SF-36), Европейского опросника качества жизни (EQ-5D). При статистической обработке использовали однофакторный дисперсионный анализ с вычислением критерия множественных сравнений (Ньюмена-Кейлса) и корреляционный анализ с вычислением критериев Спирмена и Пирсона.

Результаты. У пациентов с ревматоидным артритом показатели физического и психического компонентов здоровья шкалы SF-36 были ниже, а значения шкалы EQ-5D были выше, чем у здоровых добровольцев. Показатели качества жизни не зависели от пола и возраста больных, но были сопряжены с клинической стадией (p<0,05), активностью заболевания по данным индекса DAS28 (p<0,05), числом болезненных и припухших суставов (p<0,05) и уровнем СОЭ (p<0,05). Серопозитивный вариант заболевания и наличие системных проявлений оказывали отрицательное влияние на качество жизни (p<0,05). При эрозивных формах ревматоидного артрита наблюдались более низкие уровни физического и социального функционирования. Высокие градации рентгенологической стадии заболевания и функционального класса характеризовались достоверно более низкими значениями физического и психического компонентов здоровья шкалы SF-36, а также более высокими показателями шкалы EQ-5D. Значения шкалы SF-36 негативно, а EQ-5D позитивно коррелировали с активностью заболевания по данным индекса DAS28 (p<0,05), числом болезненных и припухших суставов (p<0,05), рентгенологической стадией и функциональным классом заболевания (p<0,05).

Заключение. При ревматоидном артрите наблюдается снижение качества жизни, сопряженное с клинической и рентгенологической стадией заболевания, степенью активности и функционального класса.

Индекс массы тела и особенности клинических проявлений неалкогольной жировой болезни печени у пациентов с метаболическим синдромом.

Королик О.Д., Або Халави А.Ю., Панчишкина О.С.

Волгоградский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25, Волгоград

Цель: сравнить особенности клинических вариантов неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) у пациентов с метаболическим синдромом (МС) в зависимости от индекса массы тела (ИМТ).

Задачи: 1. Выявить распространенность НАЖБП у пациентов с МС. 2. Проследить закономерность между частотой встречаемости НАЖБП при МС и показателями индекса Кетле. 3. Оценить влияние показателей ИМТ при МС на клинические варианты течения НАЖБП.

Материалы и методы. Обследовано 49 человек с диагнозом МС, на базе эндокринологического и гастроэнтерологического отделений ГУЗ «ГКБ СМП №25». Все пациенты отрицали злоупотребление алкоголем. Больные были рандомизированы на 2 группы в зависимости от ИМТ. В первую группу с ИМТ 35–42 (ожирение II и III степени) вошли 27 человек: 15 женщин в возрасте 53,2+/-8,31 и 12 мужчин в возрасте 56,3+/-7,6. Во вторую группу с ИМТ 25-34,9 (избыток массы тела, ожирение I степени) – 22 человека: 13 женщин в возрасте 56,6+/-9,4 и 9 мужчин в возрасте 43,7+/-7,4. Проводился анализ жалоб пациентов, расчет показателей ИМТ и соотношения объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ). Исследовались печеночные пробы, липидный спектр, мочевая кислота, общий белок крови, глюкоза плазмы натощак, коагулограмма. Всем пациентам было выполнено УЗИ печени, по показаниям проводилась компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости.

Результаты и обсуждение. Поражение печени в первой группе отмечалось у 15 человек (55,6%), во второй – у 14 (63,6%). Бессимптомное течение болезни – 88,8% случаев в 1-й группе, 72,7% – во 2-й. Остальные пациенты предъявляли жалобы на слабость, повышенную утомляемость, желтушность кожи и склер, зуд кожи, дискомфорт, тяжесть в правом подреберье. Увеличение размеров печени, по данным пальпации и перкуссии выявлено в 37,1% случаев в 1-й группе и в 40,9% случаев во второй. На основании данных обследования у 11 пациентов первой группы (73,3%) и у 8 пациентов второй группы (57,1%) был установлен стеатогепатоз. На УЗИ у пациентов отмечалась диффузная гиперэхогенность паренхимы печени, неоднородность ее структуры; нечеткость и / или подчеркнутость сосудистого рисунка; дистальное затухание эхо-сигнала. Стеатогепатит был диагностирован у 4 пациентов (26,6%) первой группы и у 5 пациентов второй группы (35,7%). Помимо характерных УЗ признаков отмечалось повышение активности трансаминаз (не более чем в 4–5 раз), повышение активности щелочной фосфатазы, гаммаглутамилтранспептидазы (не более чем 2 нормы). В общей структуре исследуемых цирроз печени диагностирован у 3 пациентов (2 пациента – 13,3% из первой группы, и 1 пациент 7,1% – из второй). Отмечалась характерная картина КТ печени в виде фазы контрастирования за счет наличия гипо- и гиперденсивных участков с достаточно четкими контурами, также были обнаружены небольшие рассеянные участки накопления контрастного препарата в артериальную фазу, географические участки накопления контрастного препарата в венозную фазу, снижение денситометрических показателей печени.

Выводы: 1. НАЖБП – распространенное явление среди пациентов с метаболическим синдромом (59,2% в данном исследовании), подтверждающее данные о том, что большинство случаев МС сопровождается вторичным метаболическим поражением печени. 2. Существенную роль играет соотношение ОТ/ОБ, характеризующее выраженность висцерального ожирения, что увеличивает эксплицированность инсулинорезистентности, являясь фактором развития НАЖБП. 3. У пациентов с метаболическим синдромом, ИМТ существенно не влияет на частоту встречаемости НАЖБП, однако в ее структуре возрастает численность стеатогепатоза и цирроза в группе пациентов с ИМТ от 35 и выше. 4. Для НАЖБП характерно бессимптомное течение, часто патология выявляется при случайном обследовании, поэтому даже при нормальной величине ИМТ, пациентам с МС, целесообразно проводить лабораторное и инструментальное обследование печени.

Коррекция качества жизни у больных ревматоидным артритом с гипертонической болезнью с помощью использования в комбинированной терапии препарата тенотен.

Кудинова Е.В., Васильева Л.В.

Воронежский государственный медицинский университет, Воронеж

Цель работы: оценка изменения качества жизни больных с ревматоидным артритом и гипертонической болезнью, при использовании в комбинированной терапии препарата Тенотен.

Материалы и методы. Обследовано 80 больных (женщины) в возрасте от 60 до 80 лет с установленным диагнозом РА и ГБ стадия II, степень АГ 2–3, риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) 2–3, согласно рекомендациям ЕОАГ/ЕОК 2013. Все пациенты были разделены на две группы, сопоставимые по количеству и структуре. 1 группу (исследуемая группа) составили пациенты, получавшие патогенетическую терапию ревматоидного артрита и гипертонической болезни+ препарат сверхмалых доз антител к мозгоспецифическому белку S-100 (Тенотен). 2 группа (контрольная группа) – пациенты, получавшие только патогенетическую терапию ревматоидного артрита и гипертонической болезни. Для оценки психологического состояния, тревожности и качества жизни пациентов обеих групп были использованы опросники (САН, тест Спилбергер-Ханина, шкала Цунга, тест SF-36). Оценка всех приведённых параметров проводилась на 1–3 день нахождения пациентов в стационаре и спустя 1 месяц после начала приема препарата сверхмалых доз антител к мозгоспецифическому белку S-100 (Тенотен).

Результаты и их обсуждения. В первой группе больных РА и ГБ через 1 месяц лечения Тенотеном отмечалось уменьшение чувства тревоги, внутреннего напряжения, раздражительности, возбудимости, эмоционального напряжения, улучшался сон, повышалась работоспособность. Во второй группе больных, получавших стандартную терапию, редукция невротических симптомов была значительно меньше. Результаты количественной оценки качества жизни с помощью русской версии вопросника SF-36 до и после лечения в сравниваемых группах. В группе больных РА и ГБ, получавших патогенетическую терапию + Тенотен, в результате лечения достоверно увеличились показатели физического функционирования (PF), ролевого функционирования (RP), физической боли (BP), общего здоровья (GH), отражающие физический компонент здоровья, а также наблюдалось улучшение по шкалам жизнеспособности (VT), эмоционального функционирования (RE) и психологического здоровья (MH), которые представляют психологические компоненты здоровья. У больных РА и ГБ, получавших только патогенетическую терапию, без Тенотена, достоверно увеличивались только составляющие физического здоровья (PF, RP, BP, GH) и незначительно – психологического статуса. В обеих группах показатель социального функционирования (SF) практически не изменился. При оценке уровня тревоги по шкале Цунга, при поступлении в стационар у всех пациентов было выявлено выраженное тревожное расстройство или тревожное расстройство тяжелой степени, исследуемые набирали 64,3 ± 4,2 балла. Через месяц в 1-й группе уровень тревожности значительно снизился, пациенты набирали 55,1 ± 3,2 балла, в то время как во второй группе тревожность снизилась в меньшей степени 60,1 ± 2,3 балла. При оценке уровня ситуационной и личностной тревожности по шкале Спилбергер-Ханина у всех пациентов в начале лечения уровень ситуационной тревожности составлял 3,6 ± 0,3

балла (высокая и очень высокая тревожность); уровень личностной тревожности $3,5 \pm 0,4$ балла (высокая и очень высокая тревожность). Спустя месяц, в группе пациентов, помимо патогенетической терапии, принимавших Тенотен, уровень ситуационной тревожности снизился на 1,3 балла, уровень личностной тревожности на 1,1 балла. В группе контроля ситуационная и личностная тревожность остались на тех же уровнях. Функциональное состояние пациентов по шкале САН на 1–3 день нахождения в стационаре: самочувствие $14,2 \pm 3,1$ балла, активность $21,1 \pm 3,2$ балла, настроение $22,1 \pm 4,3$ балла, через месяц исследования наблюдались следующие результаты, в группе пациентов, принимавших препарат Тенотен, выросли показатели по всем шкалам, и составили: самочувствие $36,4 \pm 3,5$ балла, активность $40,3 \pm 2,6$ балла, настроение $48,1 \pm 4,6$; в группе пациентов получавших только патогенетическую терапию самочувствие $32,3 \pm 2,7$ балла, активность $34,6 \pm 3,2$ настроение $38,2 \pm 3,1$.

Выводы: 1. В группе больных РА с ГБ, в комбинированной терапии которых применялся препарат Тенотен, отмечалась положительная динамика клинических и функциональных показателей вегетативного статуса. 2. В группе больных РА с ГБ, в комбинированной терапии которых применялся препарат Тенотен, отмечалось улучшение психоэмоционального состояния по данным стандартизированных опросников.

Сложность клинической интерпретации результатов лабораторных анализов при использовании различных методик.

Кулешова С.В., Москалева С.П., Зорина Л.В., Минушкина Л.О.

Поликлиника №2 Управления делами Президента РФ, Москва

Перед вводом в работу пластиковых слайд-планшетов мы решили провести исследование, целью которого было оценить воспроизводимость результатов подсчета с помощью камеры Горяева и нового пластикового слайд-планшета.

Материалы и методы исследования. В качестве материала для исследования были взяты образцы крови 16 больных. Проводился подсчет количества лейкоцитов. В качестве контрольного измерения использовались данные автоматического гематологического анализатора Сисмекс КХ-21N. Подсчёт также велся 3 независимыми врачами, которые определяли количество лейкоцитов с помощью камеры Горяева и слайд-планшета. Камера Горяева предназначена для подсчета форменных элементов крови и клеточных элементов спинномозговой жидкости. ТУ9443-007-29508133-2007, РУ МЗ № ФСР 2008/02731 от 11.06.2008 г. Технические данные камеры: площадь – 9 мм², глубина – 0,1 мм, объём – 0,9 мм³. Камера (слайд-планшет) для микроскопического исследования осадка мочи и других биологических жидкостей, Aptaca. Каждая ячейка снабжена сеткой для подсчета (3x3 мм) и покрыта тонкой прозрачной пластиковой пластинкой, играющей роль покровного стекла. Каждая сетка поделена на 5 квадратов (1x1 мм), которые в свою очередь разделены на 9 маленьких квадратов (0,333x0,333 мм). Изготовлена камера из полиметилметакрилата (ПММА). Подсчет велся согласно инструкции, опубликованной на сайте производителя. Для исследования мы брали образцы венозной крови, определяя количество лейкоцитов с помощью автоматического гематологического анализатора Сисмекс КХ-21N (Systemex КХ-21N). Производитель: Roche Diagnostics (Швейцария).

Результаты исследования Проанализировано 16 проб. Подсчет велся независимо 3 врачами с высшей категорией. Средние

значения количества лейкоцитов по данным анализатора составили $5950 \pm 2407 * 109/л (M \pm SD)$, при подсчёте с помощью камеры Горяева (средние данные у 3 независимых врачей) $4916 \pm 1794,4 * 109/л$, с помощью слайд планшета (средние данные у 3 независимых врачей) – $9477 \pm 3624 * 109/л$. Данные подсчета и с использованием камеры Горяева, и с использованием слайд – планшета достоверно отличались от данных автоматического анализатора Systemex КХ-21 N. Для двух врачей из трех результаты подсчета с помощью камеры Горяева и автоматического анализатора достоверно не отличались, но существенно отличались от значений, полученных при работе со слайд-планшетом. Обращает на себя внимание, что при подсчёте с помощью слайд-планшета были выше не только собственно средние значения количества форменных элементов крови, но и дисперсия полученных результатов, оказавшаяся достоверно большей, чем дисперсия результатов автоматического анализатора. Наименьшая дисперсия значений количества форменных элементов наблюдалась при использовании камеры Горяева.

Обсуждение результатов. Проведенное нами исследование показало существенные расхождения в подсчете количества форменных элементов крови с помощью различного лабораторного оборудования. Ранее мы, проводя подсчет в камере клеточных элементов для анализа мочи по Нечипоренко с помощью слайд-планшета, получали результаты, которые не укладывались в референсные значения. В литературе найти описание нашей проблемы или ее решение нам не удалось. Следует также отметить, что имелись существенные разночтения между официальной инструкцией на русском языке и инструкцией, полученной нами непосредственно от производителя. Следует отметить, что подсчет форменных элементов в камере Горяева оказался более точным. У двух врачей из трех результаты измерений достоверно не отличались от данных автоматического анализатора. Полученные данные при использовании слайд-планшета у всех трех врачей существенно отличались, как от данных анализатора, так и от данных, традиционного подсчёта с помощью камеры Горяева. Работа с камерой Горяева позволяет получить меньший разброс результатов, чем работа со слайд-планшетом. Таким образом, при переходе к иному методу подсчета (например, при замене камеры Горяева на слайд-планшет для выполнения анализа по методу Нечипоренко) использование существующих референсных значений вряд ли допустимо. На бланке с результатом следует указывать прибор, использованный в работе – камера Горяева или пластиковый слайд-планшет. В случае подсчета клеток по методу Нечипоренко нельзя пользоваться предложенной формулой в инструкции без применения коэффициента концентрации. Данные по коэффициенту приводятся в полной версии инструкции производителя, либо высчитываются самостоятельно.

Высокая эффективность неинвазивной технологии фитолазерофорез в лечении хронических патологий.

Купеев Р.В., Касаева Е.В., Купеев В.Г.

Центр восстановительной медицины «Аирмед», Владикавказ, Москва

Создана уникальная методика оздоровления организма, при помощи которой можно избавиться от множества недугов или значительно облегчить состояние и качество жизни для многих людей с хроническими и даже неизлечимыми заболеваниями.

В основу методики заложен постулат о том, что организм – саморегулирующаяся и самовосстанавливающаяся система. Если все органы и системы в нем функционируют нормально, то сам организм в кратчайшие сроки и с наименьшими усилиями восстанавливает свои органы и функции. Например, причинами длительно не заживающей раны или язвы могут быть: 1) нарушение функций центров саморегуляции в центральной нервной системе (ЦНС); 2) нарушение проходимости импульсов от ЦНС до очага патологии; 3) недостаток в организме каких-либо веществ, для восстановления больного органа (витаминов, аминокислот, ферментов, макро- или микроэлементов и т.д.). Этот недостаток может быть связан с тем, что они либо не поступают с пищей, либо не усваиваются (из-за патологии желудочно-кишечного тракта); 4) необходимые для восстановления вещества не доходят до очага (раны) из-за нарушения кровоснабжения поврежденной области (нарушение микроциркуляции или вследствие сужения магистральных сосудов) и другие нарушения. Разработана медицинская технология, позволяющая максимально полноценно и физиологично, безвредно восстановить все вышеперечисленные звенья. Созданы фитозэкстракты (ФЭ), позволяющие добиться нормальной сбалансированной работы подкорковых центров саморегуляции в головном мозге. Эти ФЭ улучшают кровоснабжение центров ЦНС, оказывают успокаивающее действие при перевозбуждении этих центров или стимулирующее воздействие при запредельном торможении ЦНС. Найдены пути подведения этих ФЭ к центрам саморегуляции через биологически активные точки (БАТ) и зоны. Подобраны оптимальные параметры низкоинтенсивного лазерного излучения (частота, длина волны и т.д.), идентичные физиологическим нормам колебаний в этих центрах. Все это позволяет быстро, максимально физиологично и безвредно нормализовать работу регулирующих центров и больных органов в оптимальном режиме. Методика основывается на том, что если орган (система, ткань) нормально кровоснабжается и иннервируется – идет быстрое и полноценное восстановление как структуры, так и функции этого органа. Вводятся ФЭ, содержащие молодые (ростковые) клетки растений, которые сами являются хорошим строительным материалом, а также активизируют выработку своих гормонов и собственных молодых (стволовых) клеток в организме и не вызывают сенсibilизацию, т.е. не отторгаются организмом как чужеродные (как при использовании стволовых клеток животного происхождения). Фитозэкстракты вырабатываются из ростковых частей определенных растений, в зависимости от того, какой орган или ткань в организме надо быстрее заменить (кожу, хрящ, интиму сосудов, печень, сетчатку глаза, мочеполовые органы и т.д.). Соответственно этому подбирается определенное растение и берется его ростковый элемент, из которого и вырабатывается ФЭ. Лечебный эффект ФЭ усиливается эффектом рефлексотерапии – т.к. ФЭ наносится на биологически-активную точку (БАТ), которая затем облучается низкоинтенсивным лазерным излучением (НЛИ). Лечебный эффект отмечается через 3 секунды независимо от удаленности точки нанесения ФЭ, что давно используется в гомеопатии. Рациональное и сбалансированное сочетание мощных и физиологичных факторов: гомеопатия, рефлексотерапия, фитозэкстракты и низкоинтенсивное лазерное излучение позволяют активизировать защитно-восстановительные механизмы организма, что приводит к восстановлению как структур, так и функций органов, даже при самых запущенных хронических патологиях, как хроническая почечная недостаточность, ИБС, трофические язвы, мастопатия и т.д., что демонстрируют клинические примеры.

Диагностика поражения сердца у больных легочным саркоидозом.

Лебедева М.В., Попова Е.Н., Таранова М.В.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Цель: разработать программу обследования больных легочным саркоидозом для своевременной диагностики у них поражения сердца.

Материалы и методы: обследовано 411 пациентов с морфологически подтвержденным легочным саркоидозом, ранее не получавших лечение. Средний возраст больных составил 47±19 лет, среди них женщин 68%, мужчин 32%. Критериями включения были: морфологическое подтверждение саркоидоза, легких и/или внутригрудных лимфатических узлов, возраст 16–65 лет. Критериями исключения: наличие ишемической болезни сердца, сердечной недостаточности высоких степеней, легочная гипертензия, злоупотребление алкоголем. Всем больным проводилось общее клиническое обследование, исследование маркеров активности саркоидозного воспаления, мультиспиральное компьютерное томографическое исследование органов грудной клетки, а также специально разработанная программа комплексного обследования больных для исключения поражения сердца, в которую включали: суточное мониторирование ЭКГ, ЭХО-КГ, стресс-тест, скинтиграфию миокарда методом однофотонной эмиссионной компьютерной томографией (ОФЭКТ).

Результаты: признаки поражения сердца были выявлены у 47 (11,4%) больных легочным саркоидозом. Основными клиническими проявлениями были: нарушения ритма (частые наджелудочковые, желудочковые экстрасистолы, эпизоды мерцательной аритмии) – у 41 пациента, что составило 87,2% от всех больных с поражением сердца, нарушение проводимости (атрио-вентрикулярные блокады I, II степеней, нарушение внутрижелудочковой проводимости) у 6 пациентов (12,8). У всех 47 пациентов по результатам ОФЭКТ были выявлены некоронарогенные формы поражения миокарда. Выводы: показана более высокая частота выявления поражения сердца у больных саркоидозом по сравнению с другими исследованиями, где не применялся комплексный подход кардиологического обследования.

Клинико-диагностическое значение исследований антиоксидантного статуса и цитокиновой регуляции при внебольничной пневмонии.

Левитан Б.Н., Орлов М.А., Орлова А.В., Иванов А.Л.

Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань

Целью работы явилась комплексная оценка показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ) в сыворотке крови и некоторых цитокинов-интерлейкина-альфа (ИЛ-1α), интерлейкина 8-(ИЛ-8), фактора некроза опухоли-альфа (ФНОα) при внебольничной пневмонии (ВП) у пожилых пациентов.

Материалы и методы. Исследование проводилось у 60 больных ВП средней тяжести в возрасте 60–65 лет. Антиоксидантный потенциал (АОП) определялся по соотношению прооксидантных и

антиоксидантных показателей (условная норма 1). АОП ниже значения 1 свидетельствовал об усилении активности процессов ПОЛ, а более 1 – об активации антиоксидантной защиты организма. Определение содержания вышеперечисленных цитокинов осуществлялось стандартным методом ИФА. Аналогичное исследование продуктов ПОЛ и активности цито-кинового звена проводилось в группе сравнения из 25 соматически здоровых лиц в возрасте 25–35 лет. Различия количественных показателей считались статистически достоверными при $p < 0,05$ (программа Statistica 7 for Windows). Результаты. В 60,3% случаев клинического ведения больных ВП была установлена избыточная активность процессов ПОЛ. При этом величина АОП находилась в колебаниях от 0,62 до 0,87. У 24 больных ВП значение АОП превышало условную норму (1,08- 1,16), указывая на достаточный уровень антиоксидантной защиты. Повышение содержания ИЛ-1 α до $306,4 \pm 12,8$ пг/мл отмечалось с увеличением возраста, существенно различаясь с таковым показателем в группе сравнения. В то же время содержание ФНО α достоверно увеличилось у лиц молодого возраста, чем у пожилых ($21,8 \pm 1,3$ пг/мл). Та же тенденция отмечалась с уровнем ИЛ-8, достигающего своего максимума у лиц до 35 лет. Выводы. Снижение АОП у пожилых больных ВП свидетельствует об инициации процессов ПОЛ и является прямым указанием для назначения антиоксидантов в стандартную программу комплексного лечения. Статистически достоверные изменения активности цитокинового звена у данной категории больных ассоциируются с иммунологическими нарушениями, которые способствуют затяжному течению ВП и развитию осложнений.

Влияние дроспиренона на миокард овариоэктомированных крыс в условиях экспериментальной сердечной недостаточности.

Лискова Ю.В., Саликова С.П.

*Оренбургский государственный медицинский университет,
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Оренбург*

Цель: изучить влияние дроспиренона на ремоделирование миокарда левого желудочка (ЛЖ) овариоэктомированных крыс-самок в условиях экспериментальной сердечной недостаточности (ЭСН). Методы. Исследование проведено на 15 крысах-самках линии Wistar 6 мес. возраста массой 260–300 г. Контрольную группу составили 3 крысы. 12 животным (через 2 мес. после билатеральной овариоэктомии) моделировали ЭСН путем подкожного введения в течение 14 дней 0,1 мл 1% раствора мезатона с последующим плаванием до глубокого утомления. 4-х крыс вывели из эксперимента на 14 сутки ЭСН. 8 опытных животных с ЭСН были разделены на 2 группы: 4 крысам вводили в течение 14 дней подкожно дроспиренон (Sigma-Aldrich, USA) в дозе 2 мг/кг ($n=5$) чистого вещества разведенного в смеси: 0,2 мл 0,9% хлорида натрия в 98 % этаноле (9:1 объем/объем), 4 животным подкожно вводили 0,2 мл 0,9% хлорида натрия ежедневно. На 28 день опыта животные были выведены из эксперимента. Миокард левого желудочка крыс был подвергнут однотипной гистологической обработке на светооптическом уровне. Результаты. Установлено, что в миокарде овариоэктомированных крыс с ЭСН происходят определенные структурно-функциональные изменения как кардиомиоцитов (КМЦ), так и внеклеточного матрикса (ВМ) миокарда. У животных на 14 сут. ЭСН наблюдался выраженный гетероморфизм сократительных КМЦ, признаки дистрофии, пересокращения и повреждения миофибрилл;

регистрировались кариопикноз, парануклеарный отек, локальная деструкция саркоплазмы. В группе крыс с введением хлорида натрия происходило дальнейшее нарастание степени гипертрофии сердечных миоцитов, ремоделирование ВМ миокарда. У экспериментальных животных, получавших ежедневно дроспиренон, отмечался регресс патологических изменений, регистрировалось уменьшение степени гипертрофии КМЦ и их ядер, уменьшение объемной плотности соединительной ткани.

Выводы. Кардиопротективные эффекты дроспиренона, наблюдаемые в нашем исследовании, создают необходимые условия для поддержания гомеостаза в миокарде и адекватной активации компенсаторных механизмов в КМЦ, микрососудах и интерстиции в условиях гипозестрогении и сердечной недостаточности.

Клинический случай деформирующей артропатии кистей (синдром жаку) у больной с системной красной волчанкой.

Лучкина О.Е., Щендригин И.Н., Журавлева И.В.

*Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставропольская краевая клиническая больница, Ставрополь*

Кисть Жаку – деформирующая неэрозивная артропатия, обусловленная развитием фиброза околосуставных тканей. Для обеспечения стандартного подхода к деформирующей артропатии Жаку Р. Е. Spronk и соавторы (1992 г.) разработали «Jaccoud, s arthropathy index», включающий клинические симптомы: деформация кистей различной степени. Умеренная деформирующая артропатия (JAI ≤ 5 баллов), выраженная деформирующая артропатия (JAI > 5 баллов). Пациентка П. поступила в ревматологическое отделение ГБУЗ «Ставропольская краевая клиническая больница» с диагнозом: «Ревматоидный артрит, высокой степени активности (индекс DAS 28 – 5,8), ФК 3–4. Лихорадка неясного генеза, анемия неясного генеза. Из анамнеза: в течение 16-ти лет болеет ревматоидным артритом. В качестве болезньюмодифицирующей терапии принимала метотрексат в течение 7 лет. В дальнейшем прием метотрексата прекратила самостоятельно, без объективных причин. К ревматологу не обращалась в течение 8 лет. Длительное время принимала преднизолон 5 мг в день. К моменту поступления резкое ухудшение состояния отмечает в течение 6-ти месяцев. Обратилась за медицинской помощью по месту жительства, госпитализирована в терапевтическое отделение ЦРБ. Выписана без улучшения с диагнозом: Лихорадка неясного генеза. В связи с отсутствием положительной динамики направлена в ревматологическое отделение СКККБ. Status localis: Плечевые суставы болезненные при пальпации, движения. Ульнарная девиация пальцев кистей, деформация 3, 4, 5 пальцев левой кисти, 3, 4 пальцев правой кисти по типу «шеи лебедя», отсутствие полного разгибания в пястно-фаланговых суставах. Положительный симптом «поперечного сжатия кистей». Контуры л/запястных суставов сглажены. Локтевые суставы – отсутствие полного разгибания справа, болезненность при пальпации. Шаровидная деформация коленных суставов, отсутствие полного разгибания с обеих сторон, болезненность при пальпации. Голеностопные суставы – дефигурация за счет пролиферативно-фиброзных изменений, болезненность при пальпации. Прицельное обследование пациентки выявило ряд дифференциально-диагностических критериев СКВ по критериям Американской коллегии ревматологов: аллопеция, сетчатое ливедо, полинейропатия, эритема, гематологический критерий (анемия+лейкопения), иммунологический

(антитела к антител к двухспиральной ДНК Ig A/M/G+). Р-графия кистей показала выраженную деформацию всех суставов. Фаланги пальцев в состоянии сгибательных контрактур, диффузный остеопороз, суставные щели резко сужены. С учетом критериев Американской коллегии ревматологов диагноз был пересмотрен в заключительный клинический: Системная красная волчанка, активность 3 степени, с поражением кожи (аллопеция, эритема области переносицы, уха), сосудов (сетчатое ливедо), сосудов головного мозга, нервной системы (нейропатия), гематологическими нарушениями (анемия, лейкопения), иммунологическими проявлениями (антитела к двухспиральной ДНК Ig A/M/G+). Суставной синдром расценен как выраженная деформирующая артропатия Жакку. Таким образом, вероятность развития выраженной деформирующей артропатии кистей повышается при наличии у больных СКВ длительного персистирующего воспаления в суставах кистей. Синдром Жаку при СКВ характеризуется неэрозивным поражением суставов с образованием деформаций пальцев по типу «шеи лебедя», «бутоньерки», Z-образной деформацией большого пальца, амиотрофией и ульнарной девиацией кистей. Практические рекомендации. 1. При наличии у больных СКВ в дебюте заболевания стойких и/или упорно рецидивирующих артритов суставов кистей можно предполагать развитие у них деформирующей артропатии кистей. 2. Необходимо уделять внимание появлению первых признаков деформирующей артропатии кистей (ульнарной девиации, фиксированного сгибания в пястнофаланговых суставах и атрофии межкостных мышц кистей), которые при высокой воспалительной активности СКВ выявляются уже на первом году заболевания. Для подавления активного воспалительного процесса, затрагивающего периартикулярные ткани, и снижения риска формирования тяжелой артропатии кистей (JA1>5), требуется своевременное подключение ГК (в адекватных дозах и на длительный период времени).

Некоторые аспекты рациональной терапии больных подагрой в поликлинике.

Майко О.Ю., Иванова К.В.

Оренбургский государственный медицинский университет,
Оренбург

По данным эпидемиологических исследований показано, что подагрой страдает не менее 1–3% взрослого населения. Заболеваемость подагрой за последние 10–20 лет выросла более чем вдвое и продолжает неуклонно расти. Эффективность лечения подагры в поликлинике зависит от адекватного контроля симптомов и терапии, а также от готовности пациента следовать медицинским рекомендациям. Известно, что высокий уровень мочевой кислоты (МК) повышает риск возникновения и прогрессирования артериальной гипертонии (АГ), которая встречается у больных подагрой до 36%–52%. Согласно действующим рекомендациям Европейской антиревматической лиги (EULAR, 2006) по оптимальному лечению подагры, важной их составляющей являются нефармакологические методы: поддержание здорового образа жизни, снижение избыточной массы тела, регулярное выполнение физических упражнений, отказ от приема алкоголя, особенно пива. На амбулаторном этапе требуется динамическое наблюдение и регулярный контроль уровня МК. Назначение доз уратснижающей терапии (аллопуринола) должно титроваться по уровню МК в крови. У пациентов необходимо по возможности исключать прием диуретиков. При назначении антигипертензивной терапии преимущество следует отдавать

препаратам с доказанным гипоурикемическим эффектом – лозартану и фенофibrату, которые способны снижать уровень МК на 20–25%. Целью нашего исследования было оценить соответствие проводимых лечебных мероприятий в амбулаторных условиях и данных рекомендаций у больных подагрой. В исследование включено 52 больных с достоверным диагнозом подагры, удовлетворяющие диагностическим критериям S.L. Wallace (1977), находящихся в межприступном периоде в сочетании с артериальной гипертонией (АГ), ранее не получавших гипоурикемическую терапию. У всех пациентов отмечалось наличие избыточной массы тела или ожирения и у большинства (86%) были выявлены атерогенные изменения липидного профиля. Избыточная масса тела была у 69% больных, I степень ожирения у 17,5%, реже выявлялась II (11,5%), и III (2%). Среди больных подагрой мужчин было почти вдвое больше чем женщин (71% и 29%). Возраст больных был 39–73 лет (средн. 57,34±8,37), преобладали лица от 52 до 64 лет. Лица в возрасте до 60 лет составили 50%, 31% были в возрасте от 60 до 70 лет и 19% старше 70 лет. У большинства пациентов длительность подагры не превышала 5 лет (средн. 4,27±1,35 г.), а длительность АГ 10 лет (средн. 7,94±3,72 г.), преобладали 1–2 степени АГ – у 90%. Уровень мочевой кислоты в крови колебался от 430 до 746 ммоль/л (средн. 568, 8±79,5). В среднем у каждого пациента было 3–5 хронических заболеваний. Наиболее частыми были – АГ (100%), ожирение, остеоартроз (70%), ХСН (25%), хронический гастрит (28%). Всем пациентам была назначена гипоурикемическая терапия аллопуринолом в дозах от 100–600 мг/сут. Представляет интерес мнение опрошенных пациентов об информированности по поводу соблюдения гипоурикемических диетических рекомендаций – 80% пациентов не соблюдали рекомендаций по указанной диете. Следует отметить, что одна треть пациентов регулярно не наблюдались у врача по поводу указанных хронических заболеваний и не получали регулярной терапии до включения в исследование. Из анамнеза установлено, что 60% пациентов с АГ получали ИАПФ (эналаприл, лизиноприл, периндоприл), 31% антагонисты кальция и β-блокаторы (метопролол, бисопролол), а лозартан-только 10%. Обращает внимание высокий процент среди больных (50%), которые использовали диуретическую терапию (тиазидовые диуретики), а также малые дозы аспирина получали 19%. Выводы 1. Лечение больных подагрой на амбулаторном этапе является достаточно сложной задачей из-за ряда факторов, таких как наличие коморбидной патологии, низкой информированности пациентов о немедикаментозных методах лечения, пожилой возраст, приверженность к лечению, отсутствие регулярного мониторинга. 2. Несмотря на то, что пациенты получали уратснижающую терапию аллопуринолом, титрование дозы препарата с целью достижения оптимального уровня МК регулярно не проводилось. Назначение диуретической терапии требует более четкого обоснования, т.к. в половине случаев применение их было не обосновано. Для получения сочетанного антигипертензивного и гипоурикемического эффектов лучше использовать лозартан с целью повышения эффективности лечения подагры в поликлинике.

Качество жизни больных хроническими диффузными заболеваниями печени.

Макимова С.С., Донская А.А., Семенов С.И., Иванова О.С.

Северо-Восточный федеральный университет,
Научно-исследовательский институт здоровья, Якутск

Современные клинические исследования характеризуются повышением интереса к проблеме изучения качества жизни, так

как существующие методы оценки эффективности терапевтических вмешательств, как правило, отражают сугубо биологический подход и не учитывают все многообразие жизни человека. С целью изучения качества жизни больных хроническими диффузными заболеваниями печени (ХДЗП) было опрошено при помощи опросника ВОЗКЖ-100 15 больных, находящихся на стационарном лечении в инфекционном отделении ЯГКБ. В результате исследования выявлено, что самая низкая групповая оценка – 5,8 («очень плохо») была получена в сфере зависимости от лекарств у больных циррозом печени (ЦП). Групповая оценка «плохо» по шкале у данных больных была дана по следующим сферам: физическая боль и дискомфорт (9,8); жизненная активность, энергия и усталость (7,8), положительные эмоции (9,5), мышление, обучаемость, память и концентрация внимания (7,8), самооценка (9,0), внешность (10,0), способность выполнять повседневные дела (9,2), способность к работе (7,7), личные отношения (10,5), сексуальная активность (10,2), физическая безопасность и защищенность (9,7), атмосфера дома (8,0), медицинская и социальная помощь (9,0), возможности для приобретения новой информации (9,5), транспорт (10,7); духовность, религия, личные убеждения (10,7). У больных вирусным гепатитом низкое качество жизни оказалось в 5-ти сферах: жизненная активность, энергия и усталость (10,5), внешность (10,8), зависимость от лекарств (8,5), способность к работе (10,9); духовность, религия, личные убеждения (9,3). Таким образом, хронические диффузные заболевания печени снижают качество жизни больных не только в плане физического и физиологического благополучия, но и в сферах социального взаимоотношения, отношения к окружающей среде и уровня независимости. Следовательно, реабилитационные мероприятия должны быть не только медицинской, но также психологической и социо-культурной направленности. Работа проведена в рамках базовой части государственного задания Минобрнауки РФ №3095.

Диагностика и прогноз при артериальной гипертензии первой степени.

Мангилева Т.А.

Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского, медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Цель и задачи работы: улучшить диагностику артериальной гипертензии (АГ) первой степени и ее дифференциацию с высоким нормальным артериальным давлением (ВН АД), а также уточнить факторы риска неблагоприятного прогноза для больных АГ первой степени.

Материалы и методы: обследовано 109 больных АГ первой степени и 49 пациентов с ВН АД. При первичном обследовании измеряли офисное АД, частоту сердечных сокращений (ЧСС), массу тела, концентрацию холестерина, триглицеридов, глюкозы и инсулина, проводили велоэргометрию (ВЭМ), ультразвуковое исследование (УЗИ) сердца и суточное мониторирование артериального давления (СМАД). 66 больным АГ первой степени офисное измерение АД и СМАД было проведено дважды с интервалом $71,3 \pm 1,5$ месяца. Все пациенты во время первого визита были подробно проинструктированы относительно способов коррекции образа жизни для снижения артериального давления, больным АГ первой степени назначено постоянное медикаментозное лечение.

Результаты. У большинства пациентов с ВН АД при СМАД среднее систолическое АД за сутки находилось в пределах 121–129 мм рт.ст.,

за день – 126–134 мм рт.ст., при АГ первой степени соответствующие показатели систолического АД превышали или равнялись 130 и 135 мм рт.ст. При проведении ВЭМ величина систолического АД менее 160 мм рт.ст. при нагрузке 100 Вт не встречалась у больных АГ первой степени, АД менее 180 мм рт.ст. при нагрузке 125 Вт не наблюдалась ни у больных АГ первой степени, ни у пациентов с ВН АД. Ишемия миокарда в отсутствие типичных ангинозных болей при проведении стресс-теста была выявлена у 63% больных АГ первой степени и 56% обследованных с ВН АД ($p > 0,05$). Гипертрофия левого желудочка по данным УЗИ сердца была типична для пациентов с АГ первой степени и не встречалась у обследованных с ВН АД. Отрицательная динамика заболевания (рост АД, развитие осложнений) зафиксирована у 11 больных АГ первой степени, из них у 7 пациентов исходно был выявлен очень высокий, 3 – высокий и 1 – средний общий сердечно-сосудистый (с/с) риск. При первичном обследовании у больных с негативным прогнозом наблюдалось более высокое содержание инсулина и большая ЧСС утром натощак и постпрандиально, чем у остальных пациентов ($p < 0,05-0,01$). В промежутке между первым и вторым обследованием эпизодически лечились 70% больных с отрицательной динамикой заболевания и 36% пациентов с отсутствием среднесрочной динамики или улучшением самочувствия ($p < 0,05$). Более половины больных с негативным прогнозом уменьшили уровень ежедневных физических нагрузок, тогда как среди остальных пациентов физическую активность снизили только 20% больных ($p < 0,05$).

Выводы. Для улучшения дифференциальной диагностики ВН АД и АГ первой степени показан комплексный подход к обследованию больных: наряду с измерением офисного АД рекомендовано проведение СМАД, ВЭМ и УЗИ сердца. Факторами среднесрочного риска роста АД и развития с/с осложнений у больных АГ первой степени наряду с высоким и очень высоким с/с риском являются повышение ЧСС в покое более 80 уд. в мин., эпизодический прием гипотензивных средств и снижение уровня регулярных физических нагрузок.

Эффективность и безопасность применения торасемида у больных хронической сердечной недостаточностью на фоне ишемической болезни сердца, ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа.

Маренина Т.В., Терентьева Н.Н., Попова М.А.

Сургутский государственный университет, Сургут

Цель исследования: изучение эффективности применения петлевого диуретика торасемида (диувер) при хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), ассоциированной с сахарным диабетом 2-го типа (СД).

Материал и методы исследования. В группу наблюдения были включены 46 больных (24 женщины, 22 мужчины) с клиникой ХСН III-IV ФК и ФВЛЖ менее 45% с сочетанием ИБС и СД в возрасте от 48 до 69 лет. Группу сравнения составили 36 пациентов (20 женщин, 16 мужчин) с аналогичным объемом патологии. По основным клиническим характеристикам данная группа больных существенно не отличалась от группы исследования. Комплексная медикаментозная терапия в группе наблюдения включала ежедневное применение торасемида (диувера) в дозе 20–40 мг, лизиноприла (диротон) в дозе 20–40 мг/сут., бисопролола (конкор) в дозе 5–10 мг/сут, симвастина (симгал)

в дозе 20 мг/сут, ацетилсалициловой кислоты (кардиомагнил) в дозе 75–150 мг. Нитраты, дигоксин назначались по показаниям. Гипогликемическая терапия проводилась пероральными препаратами (диабетон МВ, глибенкламид). Больным группы сравнения вместо торасемида назначался фуросемид 40–80 мг 2–3 раза в неделю. До исследования и через 3 месяца проводили ЭхоКГ, определяли толерантность к физической нагрузке по тесту 6-минутной ходьбы, оценивали уровень креатинина, альбуминурии, клубочковой фильтрации, гликозилированного гемоглобина.

Результаты. В группе наблюдения достоверно уменьшилась частота госпитализации в стационар по причинам, связанным с декомпенсацией сердечной деятельности, отмечен перевод ХСН в более легкий ФК достоверно чаще, чем в группе сравнения. В группе наблюдения КДРЛЖ имел тенденцию к снижению, а ФВЛЖ – к повышению, снизился уровень альбуминурии, улучшились показатели клубочковой фильтрации, более стабильным был уровень компенсации СД с достижением целевых показателей гликемии. Выводы. Применение торасемида (диувера) в длительной комплексной медикаментозной терапии ХСН больных с сочетанием ИБС и СД 2-типа более эффективно и безопасно по сравнению с использованием фуросемида в плане улучшения функционального состояния, частоты повторных госпитализаций по поводу сердечной декомпенсации.

Изучение влияния комплексного лечения цинакальцетом (Мимпара) и парикальцитолом (Земплар) на показатели кальций-фосфорного обмена у больных с вторичным гиперпаратиреозом, находящихся на диализном лечении.

*Маркова А.С., Белова Н.Г., Коровина И.В., Сумкина О.Б.,
Бородина Л.В.*

*Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь*

Один из вариантов минерально-костных нарушений, осложняющих течение хронической почечной недостаточности (ХПН), – это вторичный гиперпаратиреоз (ГПТ). Общеизвестно, что эффективная терапия нарушений минерального обмена у диализных больных предусматривает снижение четырех лабораторных показателей: уровня паратиреоидного гормона (ПТГ), кальция и фосфора в сыворотке крови, а также фосфорно-кальциевого произведения. Целью нашего исследования явилось изучение эффективности комплексного лечения цинакальцетом (Мимпара) и парикальцитолом (Земплар) у пациентов с вторичным гиперпаратиреозом на фоне почечной недостаточности, находящихся на амбулаторном диализе. Было обследовано 40 человек с вторичным гиперпаратиреозом (уровень ПТГ от 1000 и более пг/мл), находящихся с разными сроками на диализном лечении. В исследовании не принимали участие больные имеющие аденому паращитовидной железы по данным КТ. Исследование проводилось на базе Медицинского центра амбулаторного диализа г. Ставрополя. Пациенты были разбиты на 2 группы: 1-ая группа – 20 человек получали ежедневно 30 мг в сутки цинакальцета (Мимпара) и парикальцитол (Земплар) внутривенно струйно 3 раза в неделю, после процедуры диализа. Доза парикальцитолола зависела от уровня ПТГ и составила начальную дозу (мкг) = исходный уровень ПТГ(пг/мл) / 80. 2-я группа из 20

человек получала монотерапию 30 мг цинакальцета (Мимпара) в сутки. Всем пациентам определяли уровень кальция, фосфора, произведение Са на Р, в крови, ежемесячно ПТГ. У пациентов первой группы, уже через 2 недели от начала лечения, регистрировались нормальные значения кальция, фосфора и произведения кальций фосфор (Са*Р), а также отмечалось исчезновение болей в костях и зуда кожи. Через 3 месяца проведенный анализ показал, что в этой группе больных уровень ПТГ достигал нормальных значений, а показатели кальция, фосфора, и произведения кальций фосфор (Са*Р) поддерживались в норме на протяжении всего времени наблюдения. У пациентов второй группы через 3 месяца от начала лечения снижение концентрации ПТГ наблюдалось у 12 больных (60%), однако значений нормы этот показатель не достигал (значения были в пределах 400–600 пг/мл). Показатели фосфора находились в пределах нормы, а вот значения кальция были снижены у 18 больных, что в дальнейшем требовало подключения гормонально-активного витамина Д (альфа Д3 тева). У оставшихся 8 пациентов (40%) снижение ПТГ было до 600-750 пг/мл (при норме до 300 пг/мл для диализного больного), что требовало увеличения дозы цинакальцета (Мимпары) до 60 мг/сут. Исчезновение болей в костях и зуда кожи были отмечены больными спустя месяц после увеличения дозы препарата.

Таким образом, именно сочетанная терапия цинакальцетом (Мимпара) и парикальцитолом (Земплар) способно одновременно воздействовать на все четыре параметра: уровень паратиреоидного гормона, кальция и фосфора в сыворотке крови, а также фосфорно-кальциевого произведения.

Эффективность антихеликобактерной терапия локализованных стадий MALT-лимфомы желудка.

Марченко Я.М.

*Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь*

MALT-лимфома желудка (MALT – mucosa-associated lymphoid tissue) относится к экстранодальному варианту индолентной В-клеточной опухоли маргинальной зоны лимфатических фолликулов лимфоидной ткани. Характерной особенностью MALT-лимфомы желудка является ее антигенная зависимость от персистенции *Helicobacter pylori* с последующей стимуляцией клональной пролиферации В-лимфоцитов в слизистой оболочке, возникновением организованной лимфоидной ткани с формированием фолликулов, затем *Helicobacter pylori* ассоциированного гастрита и на его фоне – лимфомы MALT-типа низкой степени злокачественности. Оправданность эрадикационной терапии обусловлена не только высокой сопряженностью *Helicobacter pylori* с MALT-лимфомой желудка, но и потенциально противоопухолевым эффектом в результате стойкого исчезновения антигенной стимуляции лимфоидной ткани.

Цель работы – оценка эффективности антихеликобактерной терапии в качестве первой линии лечения при локализованных стадиях MALT-лимфомы желудка.

Материалы и методы: в исследование включены 12 пациентов (8 женщин и 4 мужчин, средний возраст 56±3,8 лет) с локализованными *Helicobacter pylori* – позитивными вариантами MALT-лимфомы желудка. Основными жалобами пациентов были ноющие боли в эпигастриальной области, не связанные с приемом пищи

(67%), диспепсические явления – изжога, отрыжка, рвота (83%). Обследование включало эзофагогастродуоденоскопию с биопсией из зон поражения и визуально неизмененных участков, компьютерную томографию органов брюшной полости и забрюшинного пространства, иммуногистохимическое исследование биоптата. Морфологически определялись лимфоидные фолликулы, окруженные малыми лимфоцитами, диффузно инфильтрирующими lamina propria. Иммунофенотип опухоли был следующим: CD20+, CD5-, CD10-, CD23-, BCL-2+/-, BCL-6-. Стадирование осуществлялось согласно системе стадирования лимфом желудочно-кишечного тракта Лугано (2004). Стадия IE1 с поражением слизистой оболочки, подслизистого слоя установлена у 8 человек (67%); стадия IE2 с вовлечением мышечной и серозной оболочек – у 4 пациентов (33%). Все пациенты получали двухнедельную эрадикационную терапию: омепразол (40 мг/день), амоксициллин (по 1 г 3 раза в день), кларитромицин (по 250 мг 3 раза в день). Оценка эффективности лечения проводилась через 3 и 6 месяцев.

Результаты. Контрольное эндоскопическое обследование через 3 месяца выявило эрадикацию *Helicobacter pylori* у всех пациентов, включенных в исследование. Исчезновение клинической симптоматики имело место у 90% пациентов. Морфологическая регрессия лимфомы наблюдалась у 9 пациентов (75%), персистенция – у трех пациентов (25%). В группе пациентов с IE1 полная клиническая и гистологическая ремиссия зафиксирована у 7 пациентов (88%), в группе больных с IE2 стадией – у двух пациентов (50%). При повторном эндоскопическом исследовании через 6 месяцев в группе пациентов с персистенцией опухоли морфологических признаков прогрессии не наблюдалось.

Выводы: 1. Антихеликобактерная терапия в качестве первой линии лечения больных с локализованными *Helicobacter pylori*-позитивными вариантами MALT-лимфомы желудка позволяет достичь ранней полной ремиссии у подавляющего большинства пациентов. 2. Эффективность эрадикационной терапии зависит от глубины и распространенности процесса. Наилучшие результаты наблюдаются при IE1 стадии с поражением слизистой оболочки желудка и подслизистого слоя. 3. Противоопухолевый эффект антибактериальной терапии создает возможность выжидательной тактики с регулярным эндоскопическим мониторингом у пациентов с эрадикацией возбудителя и наличием лимфомы без клинических симптомов, что позволяет отсрочить более агрессивное лечение заболевания.

Аминотрасферазы и индекс массы тела: гетерогенные взаимосвязи у мужчин с неалкогольной жировой болезнью печени, ишемической болезнью сердца и метаболическим синдромом.

Матвеев В.А., Матвеева С.А.

Городская клиническая больница №4, Медико-психологический центр «Семь'Я», Рязань

Цель работы. Целью исследования явилось, по данным многофакторного корреляционного анализа, определение взаимосвязей между показателями аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ) и индексом массы тела (ИМТ) у мужчин с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП), ишемической болезнью сердца (ИБС),

стабильной стенокардией напряжения (ССН) и метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Проведено обследование 102 мужчин, средний возраст $47,83 \pm 0,79$, с НАЖБП, ИБС, ССН, I–IV функционального класса (ФК) и МС. Программа обследования включала сбор анамнеза, осмотр, общеклинические, биохимические анализы и инструментальные методы. Изучали показатели аминотрансфераз АЛТ, АСТ. Массу тела (МТ) определяли с точностью до 0,1 кг, рост – с точностью до 0,5 см, рассчитывали ИМТ как соотношение МТ в кг к росту в м². Многофакторный корреляционный анализ с изучением критериев Стьюдента-Фишера проводили между показателями АЛТ, АСТ и значениями ИМТ.

Результаты. Установлено, у мужчин с НАЖБП, ИБС, ССН I–IV ФК и МС в подгруппе варианта (80%) равнялся $27,37 \pm 0,20$ кг/м² (избыточная МТ); ИМТ в подгруппе ≤ 10 перцентиля (10%) – $23,01 \pm 0,29$ кг/м² (нормальная МТ); ИМТ в подгруппе > 90 перцентиля (10%) – $32,78 \pm 0,38$ кг/м² (ожирение I степени). Выявлено, у мужчин с НАЖБП, ИБС, ССН I–IV ФК и МС значения АЛТ и АСТ варианты, ≤ 10 перцентиля и > 90 перцентиля и соответствующие значения ИМТ коррелировали ($p < 0,001$). Отмечена ($p < 0,001$) отрицательная ассоциация между ≤ 10 перцентиля АЛТ, АСТ и значениями > 90 перцентиля ИМТ. Отрицательная/реципрокная ($p < 0,001$) корреляция определена между параметрами > 90 перцентиля АЛТ, АСТ и ≤ 10 перцентиля ИМТ. Выводы. Показаны гетерогенные достоверные взаимосвязи между показателями АЛТ, АСТ и значениями ИМТ у мужчин с НАЖБП, ИБС, ССН I–IV ФК и МС. Метаболические закономерности, установленные у пациентов с НАЖБП, ИБС, ССН и МС, способствуют проведению целенаправленной коррекции обменных процессов в организме и профилактике осложнений сопутствующей патологии.

Ожирение и психоэмоциональные особенности личности.

Меликян И.А., Чернышова Т.Е., Савельева Т.В., Иванов Л.А.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель. Роль психоэмоциональных особенностей личности в формировании ожирения.

Материалы и методы. Методом случайной выборки обследовано 56 мужчин высоких стрессогенных профессий с алиментарным ожирением в возрасте 27–49 лет, из них у 36 мужчин индекс массы тела составил 25–30 кг/м², у 20 – 30–42 кг/м². Оценивались показатели профиля личности (ISTA96) и копинг-поведение (С.Норман), антропометрические и клинико-лабораторные показатели (липидный профиль, индекс ИР НОМА), Психологическое обследование включало реконструкцию субъективного жизненного пути, семейной ситуации. Результаты. Во всех случаях переживание выступало как средство защиты, преодоления ситуаций, фрустрирующих личность, когда пища становилась регулятором поведения. Выделено 2 группы лиц с разным психоэмоциональным статусом: группа «А» – 29 (51,8%) тревожных личностей с проблемами в межличностных отношениях и группа «Б» – 27 (48,2%), включившая уверенных в себе мужчин, из которых каждый третий стремился подавлять окружающих. При самоописании внешности соотношение уровня ее субъективной значимости составило 10/1,2 ($p < 0,001$). При оценке нарушений пищевого поведения у пациентов группы «А» чаще, чем в группе «Б» выявлялось ограничительное пищевое поведение (0,51/0,34). За 5 лет наблюдения соматизация по типу дистресса группе «А»

зарегистрирована у 21 (72,4 %) и в группе «Б» у 4 (14,8%) человек, что коррелировало с показателями «копинг-поведения» ($p < 0,001$) и качества жизни ($p < 0,01$). Паспортный и биологический возраст в подгруппе «Б» совпадал ($0,3 \pm 0,4$ года), а в группе «А» биологический возраст в 1,4 раз превышал паспортный. Уровень ИР-НОМА и показатели липидного профиля были недостоверны.

Заключение. При лечении ожирения важно учитывать индивидуальные особенности психоэмоционального статуса. В ряде случаев при стрессогенных профессиях переизбыток, снимающее нервно-психическое напряжение, может играть положительную роль.

Оценка метаболических нарушений у молодых лиц при скрининговом обследовании.

Никитин А.В., Васильева Е.М., Булат А.А., Жемчужников С.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

В настоящее время заметно увеличилась распространенность артериальной гипертензии (АГ), сахарного диабета на фоне ожирения у подростков и молодых людей. В повышении риска развития и предрасположенности к ним большую роль играют генетические, социально-экономические, метаболические факторы. Кроме того, существенный вклад в развитие указанных заболеваний вносят урбанизация, нездоровый образ жизни, неправильное питание и стресс.

Целью исследования было раннее выявление метаболических нарушений у молодых лиц с целью создания программы эффективной профилактики. У 576 человек в возрасте от 16 до 26 лет проведено антропометрическое исследование, изучено состояние углеводного обмена (глюкоза крови натощак в капиллярной крови, гликированный гемоглобин), липидного профиля (холестерин, триглицериды), резистина методом ИФА. Статистическая обработка проведена с помощью пакета программ Statistica 7.0. Анализ показателей липидного обмена выявил гиперхолестеринемию (ГХ) до $5,9 \pm 1,1$ ммоль/л ($p = 0,00002$) у 39 человек (6,7%) и гипертриглицеридемию (ГТГ) до $2,84 \pm 0,07$ ммоль/л ($p = 0,005$) у 45 человек (7,7%). Среди них сочетание ГХ и ГТГ отмечено у 32 человек (5,6%). Все они имели нарушения углеводного обмена, кроме того, у 43 человек (7,4%) ИМТ был более 30 кг/м^2 , ОТ составил $99,4 \pm 4,2$ см ($p = 0,0024$), ОТ/ОБ - $0,93 \pm 0,01$ ($p = 0,00001$). Гендерных различий при исследовании углеводного и липидного обменов не выявлено. Уровень резистина определяли у 151 человека с нарушением глюкозы натощак (НГН) и у 50 лиц с нормальным уровнем глюкозы. При сравнении выявлено статистически значимое отличие его уровня в группе с нарушенной гликемией: при НГН - $10,8 \pm 1,2$ нг/мл ($p < 0,05$), при нарушении толерантности глюкозы - $12,8 \pm 2,1$ нг/мл ($p < 0,05$) по сравнению с лицами с нормальным уровнем глюкозы - $6,61 \pm 0,83$ нг/мл. Среди лиц с повышенным уровнем резистина преобладали женщины - 58,4%. С повышенным уровнем резистина среди обследуемых лиц с дислипидемией было 37 человек ($12,4 \pm 2,5$ нг/мл). Выявленные метаболические нарушения могут рассматриваться в качестве факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, и на их основе можно проводить углубленный комплексный мониторинг для разработки подходов их ранней профилактики.

Опыт использования комбинаций ингаляционных глюкокортикостероидов и β_2 -агонистов для достижения контроля над бронхиальной астмой.

Никитин А.В., Лепухова О.А., Карпухина Е.П., Васильева Л.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

В концепции прошлого 10-летия эксперты Европейского респираторного (ERS) и Американского торакального (ATS) обществ пересмотрели концепцию контроля над бронхиальной астмой (БА). В результате понятие контроля теперь включает в себя не только оценку симптомов заболевания и показателей спирометрии, но и снижение потенциального риска, связанного с ухудшением состояния, развитием обострений, прогрессированием заболевания, а также с появлением нежелательных лекарственных реакций в ходе лечения. Разработка стратегии улучшения контроля над течением БА является одной из актуальных проблем повышения эффективности и качества терапии данного заболевания. Выбор препарата для терапии больных БА должен происходить с учетом ожидаемой эффективности и безопасности лечения. Кроме того, очень важно, чтобы базисная терапия обеспечивала не только хороший уровень контроля над симптомами, но и снижала риск обострений. В исследование включены пациенты ($n = 86$; 41 мужчина и 45 женщин; средний возраст - $35,89 \pm 12,78$) с неконтролируемой БА смешанной формы среднетяжелого течения. Критерии включения: возраст 20–65 лет; наличие установленного диагноза - неконтролируемая БА смешанной формы средней степени тяжести (GINA, 2006) в течение ≥ 3 лет; наличие информированного согласия пациента и разрешения этического комитета; женщины репродуктивного возраста должны иметь отрицательный результат анализа мочи на беременность. Пациенты, участвующие в исследовании, были разделены на 2 группы методом случайной выборки. Пациенты 1-й группы ($n = 43$; 19 мужчин, 24 женщины, средний возраст - $37,28 \pm 12,32$; средняя продолжительность заболевания - $12,04 \pm 10,42$ года) получали Фостер (беклометазон дипропионат и формотерол в фиксированной комбинации). Пациенты 2-ой группы ($n = 43$; 22 мужчин, 21 женщина, средний возраст - $34,5 \pm 12,8$ года, средняя продолжительность заболевания - $11,12 \pm 9,41$ года) получали Форадил Комби (формотерол и будесонид в свободной комбинации). Фармакотерапия не менялась в течение активного периода исследования, в дальнейшем объем базисного лечения корректировался в соответствии с уровнем контроля БА. Для купирования симптомов БА использовались β_2 -агонисты (сальбутамол). Группы больных не различались по тяжести БА и объему терапии. При общеклиническом обследовании производилась оценка физикального статуса пациента, и проводились стандартные лабораторные и функциональные методы исследования до и после лечения. Статистически не значимыми были различия в группах на момент включения больных в исследование и по таким показателям, как среднее значение ОФВ₁ за первую секунду, среднее значение ПСВ утром, среднее число симптомов и потребности в препарат «скорой помощи» в сутки. Учитывалась динамика выраженности клинических симптомов БА в исследуемых группах, по показателям: одышка, чувство удушья, чувство заложенности в груди, кашель, вязкая мокрота. Выраженность симптомов учитывалась до и после лечения. Также была проведена оценка контроля над БА по данным теста контроля над астмой (Asthma Control Test- ACT). Группы больных по результатам исследуемых параметров были сопоставимы.

Для реализации этой цели был разработан ступенчатый подход к терапии в зависимости от тяжести заболевания и выраженности симптомов БА. Начиная со ступени 3 (больные среднетяжелой БА) предпочтительной является терапия комбинированными препаратами с сочетанием низких доз ингаляционных ГКС (ИГКС) и длительно действующих β_2 -агонистов (ДДБА)(GINA, 2008). Согласно ступенчатому подходу к лечению БА, если не удастся добиться контроля над заболеванием при применении ИГКС в низких или высоких дозах, то необходимо назначение комбинированной терапии, которая позволяет достичь лучшего контроля, чем просто увеличение дозы ИГКС в 2 раза и более (уровень доказательности А)(GINA,2011). В процессе исследования за пациентами исходные данные наблюдаемых групп уменьшались, кроме 3 группы. Данные исследуемых параметров 3 группы оставались на прежнем уровне, как на момент включения в исследование. Значительно снизились клинические и функциональные проявления бронхиальной астмы в 1 и 2 группе. Среднее значение ОФВ1 и среднее значение утренней ПСВ по результатам исследования были больше у больных, получающих Фостер. Полный контроль над заболеванием в первой группе достигнут у 38% пациентов, во второй у 49% пациентов, в третьей группе у 3% пациентов.

Выводы: Фостер предпочтительнее назначать пациентам с бронхиальной астмой средней степени тяжести для достижения контроля.

Клиническая эффективность магнитолазерной терапии в лечении язвенной болезни желудка и эрадикации *Helicobacter pylori*.

Никитин А.В., Малюков Д.А., Михеева Е.С., Матюхин А.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Язвенная болезнь – хроническое рецидивирующее заболевание, которое характеризуется в период обострения разнообразной клиникой и наличием язвенного дефекта слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки. Хроническое течение этого заболевания характеризуется сезонными обострениями, приводит к временной, а иногда и к стойкой утрате трудоспособности у лиц работоспособного возраста. Кроме того, одними из наиболее частых осложнений язвенной болезни являются кровотечения и перфорация с очень высоким риском смертности. Согласно современным представлениям, в основе патогенеза гастродуоденальных язв лежит несоответствие между факторами агрессии, к которым относятся соляная кислота, *Helicobacter pylori*, пепсин, желчь, ряд лекарственных препаратов, и факторами защиты, среди которых наиболее важными являются желудочная слизь, регенерация эпителия, бикарбонаты, фосфолипиды. Кроме того, большое значение уделяется генетическим маркерам, которые определяют риск развития данной патологии у конкретного человека. Все эти факторы обуславливают необходимость включения в схему лечения пациентов с язвенной болезнью методов терапии, влияющих комплексно на все этапы патогенеза, не только устраняя факторы агрессии, но так же и корригируя нарушения защитных механизмов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Одним из подобных методов может служить магнитолазерная терапия, обладающая не только местными терапевтическими эффектами, но и системным воздействием на весь организм в целом. Многочисленные работы

подтверждают эффективность магнитолазерной терапии в лечении язвенной болезни, однако отсутствуют систематизированные данные о влиянии этого метода лечения на эрадикацию *H.pylori*.

Цель работы. Целью работы является повышение эффективности лечения больных язвенной болезнью желудка и эрадикации *H.pylori* с помощью включения в комплексную терапию магнитолазерного излучения.

Материалы и методы. Материалом послужили результаты обследования и лечения 60 больных с язвами желудка. Все больные были разделены на 3 подгруппы по методам воздействия: Первую группу составили больные (30 человек), получавшие в составе комплексного лечения комбинированную магнитолазерную терапию. Вторую группу составили больные (29 человек), получавшие только медикаментозную терапию. Третья группа (21 человек) плацебо. Степень обсемененности *H.pylori* составила соответственно $3,21 \pm 0,18$, $2,98 \pm 0,15$ и $3,20 \pm 0,12$ баллов в антральном отделе желудка в основной, контрольной группах и группе плацебо. Использовался полупроводниковый аппарат «МИЛТА-Ф-8-01». Для облучения была выбрана область эпигастрия под мечевидным отростком и область язвенного дефекта на передней брюшной стенке. Длительность процедуры 2 мин. на каждую область, длина волны 0,89 мкм, импульсная мощность 5 мВт, частота 8 Гц, постоянное магнитное поле 30 мТл. Так же проводились сеансы надвенозного лазерного облучения крови в области проекции промежуточной вены локтя или предплечья в вертикальном положении. Длина волны 0,89 мкм, мощность 1 Вт, частота 1500 Гц, экспозиция 240 с. В основной группе раньше уменьшался болевой синдром (в I группе наблюдается купирование и уменьшение болевого синдрома у 25 больных – 83,3% случаев, что больше, чем во II группе – 15 больных – 51,7% случаев и в группе плацебо – 12 и 57,1% соответственно). К 13–15-м суткам в I группе в большей степени наблюдалось уменьшение и полное купирование болевого синдрома (93,3%), чем в контрольной группе (72,4%) и в группе плацебо (76,2%). Кроме того, к 15-му дню лечения наблюдалась полная эпителизация эрозий и рубцевание язвенного дефекта у 28 больных (93,3%) I группы, соответственно у 22 больных (75,9%) в контрольной группе и у 16 пациентов (76,2%) в группе плацебо. В основной группе после лечения отмечается достоверное снижение уровня контаминации *H.pylori* в антральном отделе до $0,15 \pm 0,04$ ($p < 0,001$). После окончания курса терапии у пациентов контрольной группы и группы плацебо выявлено достоверное снижение уровня контаминации *H.pylori* до $0,41 \pm 0,15$ и $0,35 \pm 0,8$ соответственно ($p < 0,001$).

Выводы. Применение комбинированной магнитолазерной терапии в комплексной терапии больных язвенной болезнью желудка оказывает положительное влияние на клинические и морфологические показатели и повышает эффективность эрадикации *H.pylori*.

Оценка активности воспалительного процесса при язвенном колите по динамике кальпротектина.

Никитин А.В., Матюхин А.А., Мордасова В.И., Латышева М.Н.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Актуальным вопросом гастроэнтерологии является поиск новых неинвазивных маркеров, которые показали высокую прогностическую ценность чувствительность и специфичность вне зависимости от

клинических, ультразвуковых, эндоскопических критериев язвенного колита. Эндоскопическая оценка активности заболевания является относительно инвазивной и дорогостоящей методикой, поэтому сохраняется высокий процент нежелания больных подвергаться неинвазивной процедуре. В настоящее время существует большое количество серологических и фекальных биомаркеров, которые позволяют оценить активность заболевания (ИЛ-4, ИЛ-8, ФНО, гомоцистеин, кальпротектин). В настоящем исследовании мы изучали связь между клинической и эндоскопической активностью язвенного колита, неинвазивными маркерами (ИЛ-4, ИЛ-8, ФНО, гомоцистеином) и фекальным кальпротектином. Эндоскопическая активность определялась с помощью CAI- эндоскопического индекса (значение индекса при CAI более 6 баллов расценивалось как активное воспаление). «Золотым стандартом» активности язвенного колита остается эндоскопическое исследование совместно с гистологическим исследованием образцов, указывая на деструкцию и хронизацию процесса. Для включения в исследование скринингу подверглось 75 пациентов, из них 50 пациента соответствовали критериям включения. Средний возраст пациентов был 43 года. Женщины составляли 70% от общего количества больных, 12% были курильщиками. У 66% пациентов после проведения колоноскопии обнаружено тотальное поражение или изменения в левых отделах толстой кишки. Всем пациентам проводилась терапия: 68% больных получали препараты 5-АСК, 24%- кортикостероиды, 8% – препараты направленного действия против α - ФНО. Здоровую группу пациентов составляли 20 человек с отсутствием патологии толстой кишки и референтными значениями по результатам лабораторных исследований. В исследовании преобладали пациенты среднетяжелой степени тяжести 52%, тяжелой 26%, легкой 22%. Концентрация ФК коррелирует с протяженностью поражения толстой кишки, наибольшая при тотальном поражении 920 мкг/г, наименьшая при проктите, что указывает на активную миграцию лейкоцитов в зону воспаления. Объединенный анализ диагностической точности ФК при дифференциальной диагностике ВЗК показал площадь под кривой 0,92. Прогностическая ценность положительного результата наиболее высокая у фекального кальпротектина 92%. Данный метод имеет преимущество перед другими маркерами активности, определяемыми неинвазивным методом. Неинвазивные маркеры у пациентов с язвенным колитом показали хорошие результаты в диагностике, однако необходимо использовать и другие маркеры и методы, чтобы улучшить рабочие характеристики показателей до значения 0,9 и более.

Структурно-функциональные нарушения миокарда при коморбидности хронической обструктивной болезни легких и ишемической болезни сердца.

Никитин В.А., Булуева Х.А., Васильева Л.В., Гостева Е.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Цель работы. Оценить структурно-функциональные нарушения и индекс ишемии миокарда при коморбидности хронической обструктивной болезни легких с ишемической болезнью сердца. Под наблюдением находилось 30 больных с диагнозом: хроническая обструктивная болезнь легких II стадии и 50 больных с диагнозом: хроническая обструктивная болезнь легких II стадии с сопутствующей ишемической болезнью сердца, стабильная стенокардия напряжения,

функциональный класс II. Диагноз хроническая обструктивная болезнь легких и ишемическая болезнь сердца установлен согласно Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), подготовленной Всемирной организацией здравоохранения, Женева, 1992. При отборе больных для исследования учитывали длительность заболевания, пол, возраст, наличие сопутствующей патологии. Критерии включения больных в исследуемые группы: стационарные и амбулаторные больные обоего пола хронической обструктивной болезни легких II стадии с сопутствующей ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией напряжения I-II ФК и степень АГ I - II, риск IV возраст 41–75 лет, длительность заболевания ХОБЛ более 5 лет. Критерии исключения: отказ больного от динамического наблюдения, лечения и обследования, декомпенсированная сердечная недостаточность, острый коронарный синдром, ишемическая болезнь сердца, стабильная стенокардия напряжения III-IV ФК, онкологические заболевания, другие заболевания бронхолегочной системы. В работе использованы общеклинические и специальные методы исследования. В комплекс общеклинических исследований входили: данные объективного осмотра и обследования больного, тест с 6-минутной ходьбой (6МШТ), функциональное обследование внешнего дыхания, эхокардиография, показатели насыщения гемоглобина кислородом оценивались при проведении пульсоксиметрии, лабораторные анализы (общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови). У представителей всех исследуемых групп отмечалось нерезкое расширение правого желудочка. В группе больных ХОБЛ в сочетании с ИБС наблюдалось незначительное расширение левого предсердия и достоверное расширение правого желудочка, правого предсердия. При проведении эхокардиографии у пациентов, страдающих сочетанной патологией, было выявлено достоверное увеличение полостей сердца ЛП на 12,82%; ПЖ – 9,38%; КДР – 12,5%, а также конечного диастолического и систолического объемов КДО – 30,11%; КСО – 35,77%. Мониторинг ЭКГ по Холтеру позволил оценить индекс ишемии миокарда, который возрастает на 8% при коморбидном состоянии.

Исследование показало, что на ранних стадиях развития хронической обструктивной болезни легких можно дать надлежащую прогностическую оценку состояния пациента, что позволит рекомендовать профилактические меры по развитию сочетанной патологии.

Эффективность экспекторации мокроты с помощью физиотерапевтических методов.

Никитин В.А., Попов А.В., Титова Л.А., Васильева Л.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – болезнь, которая является четвертой по частоте причиной смертности в мире. ХОБЛ является одной из основных причин хронической заболеваемости и смертности во всем мире. Известно, что совместное применение ультразвука и низкоинтенсивного лазерного излучения приводит к значительному усилению клинического эффекта.

Цель исследования. Оценить эффективность лечения хронической обструктивной болезни легких путем сочетанного применения лазерно-ультразвуковой методики для коррекции воспаления слизистой стенки бронхов и улучшения экспекторации мокроты. Материалы и методы. В исследование были включены 54 пациента

с диагнозом ХОБЛ, фаза обострения, средняя степень тяжести. Больные были разделены на две группы. Первая группа (основная) состояла из 28 человек. Во вторую группу (контрольную) вошли 26 человек. Всем больным основной группы (19 мужчин и 9 женщин в возрасте от 38 до 60 лет) проводилась сочетанная терапия, включающая традиционную базисную терапию и комплексное воздействие в один день ультразвуком и лазером ИК-спектра (лазерно-ультразвуковая терапия) по предложенной методике. Сначала проводили ультразвуковую терапию с помощью аппарата УЗТ-101 на грудную клетку на два паравerteбральных поля слева и справа по 2 минуты на каждую. Частота колебаний 880 кГц, интенсивность 0,4 Вт/см², режим непрерывный или импульсный, способ контактный. Потом проводили лазерное воздействие лазерным аппаратом «ЛАЗМИК» (НИЦ «Матрикс», г. Москва), который способен работать в импульсном режиме на частоте 10000 Гц. Применяли матричную лазерную головку МЛ01К (МЛ-904-80) с длиной волны 904 нм, максимальная импульсная мощность 80 Вт, плотность мощности (ПМ) – 10 Вт/см². Воздействие осуществляют по трем полям: 1-ая точка – поле Кренига справа; 2-ая точка – поле Кренига слева; 3-я точка – по срединной линии в области средней трети грудины. На каждое поле воздействуют 2 минуты в следующем режиме: импульсная мощность 50 Вт. Частота следования импульсов: 1-ая процедура – 80 Гц, 2-ая процедура – 500 Гц, 3-я – 1500 Гц, 4-ая – 3000 Гц, остальные процедуры – 10000 Гц. Процедур на курс лечения 8–10. Общее время процедуры – 10 минут. Сравнение показателей проводилось с контрольной группой пациентов, которым проводилось комплексное лечение, которое включало медикаментозную терапию в соответствии с рекомендациями GOLD-2014 и плацебо процедуры лазерно-ультразвукового воздействия при выключенных аппаратах. Для оценки эффективности способа лечения были использованы следующие методы исследования: общеклиническое исследование; исследование функции внешнего дыхания; лабораторные исследования; биохимическое исследование крови. Комплексное обследование больных проводилось при поступлении в стационар и на 10–12 сутки. Исследование количества выделяемой за сутки мокроты дополнительно проводили на 5-6 день лечения.

Результаты исследования. Изучение динамики клинических показателей у больных ХОБЛ в результате проведенного лечения показало, что у больных основной группы выраженность уменьшения одышки была значима и достоверно больше ($p=0,0012$), чем у пациентов в контрольной группе по шкале Borg и шкале MRC. Одышка уменьшилась с $3,12\pm 0,56$ до $1,43\pm 0,58$ балла (по шкале Borg), с $2,3\pm 0,11$ до $1,02\pm 0,05$ балла (по шкале MRC). В контрольной группе с $3,0\pm 0,07$ до $2,1\pm 0,07$ балла (по шкале Borg, $p=0,0122$), с $2,2\pm 0,07$ до $1,9\pm 0,06$ балла (по шкале MRC, $p=0,0386$). Уменьшение кашля также было значимо и достоверно больше в основной группе ($p=0,00153$), с $3,26\pm 0,7$ до $1,24\pm 0,52$ балла, тогда как в контрольной группе с $2,98\pm 0,65$ до $2,66\pm 0,6$ балла ($p=0,0983$). На фоне проводимой терапии к 5–6 дню в основной группе достоверно увеличилось количество отделяемой мокроты за сутки до $26,4\pm 2,2$ мл против $17,1\pm 1,1$ мл в контрольной группе. Достоверное уменьшение числа лейкоцитов наблюдалось в группе больных, получавших лазерно-ультразвуковую терапию в комплексном лечении – на $5,4.109/л$ ($p<0,05$), снижение СОЭ на $12,3$ мм в/ч ($p<0,05$). Отмечено достоверное улучшение функции внешнего дыхания, улучшение биохимических показателей. Побочных эффектов не было.

Выводы. Использование лазерно-ультразвуковой терапии в комплексном лечении больных ХОБЛ позволяет достигнуть максимального клинического эффекта, увеличения количества отделяемой мокроты, улучшения функции внешнего дыхания и общего

состояния пациентов. Также отмечена более ранняя нормализация биохимических показателей.

Оценка реабилитационного потенциала больных с сосудистой коморбидностью.

Никулина Г.П., Дубовой Р.М., Казакова Л.П., Чортанасова А.В., Сиволапова М.С.

Ставропольский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница №2, Ставрополь

Инсульт – распространенное заболевание, часто приводящее к смертельному исходу или стойкой потере трудоспособности. При этом ишемические поражения головного мозга занимают доминирующее положение в структуре цереброваскулярной патологии, составляя до 80% всех сосудистых заболеваний. Гетерогенная природа инсульта, обычно возникающего на фоне целого комплекса сосудистых заболеваний, совокупность которых называется сосудистой коморбидностью, в значительной степени затрудняют оценку исхода острого инсульта. Наличие коморбидности может существенно изменять течение заболевания, кроме того, ее наличие может оказывать существенное влияние на диагностику и лечение. В подавляющем большинстве клинических случаев речь идет об осложненной коморбидности, т.е. она является результатом основного заболевания и проявляется в виде поражения органов-мишеней (гипертоническая болезнь). При инсульте основными причинами коморбидности являются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), которые связаны не только с повышением риска развития инсульта, но также и со значительно более высокой частотой инвалидизации пациентов, что приводит к снижению эффективности реабилитационных мероприятий.

Цель. Изучить влияние коморбидных состояний на реабилитационные возможности больных сосудистыми заболеваниями ЦНС молодого и среднего возраста.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты клинического наблюдения 10 больных (5 мужчин и 5 женщин) трудоспособного возраста (от 27 до 50 лет), находившихся на лечении в реабилитационном отделении ГБУЗ СК «ГКБ №2». Средний возраст составил $43,3\pm 3,08$ года. Острый инсульт верифицирован у 50% больных (4 мужчин и 1 женщина), причем острый геморрагический инсульт был диагностирован у 2-х мужчин (20% наблюдавшихся больных). У всех больных очаг локализовался в бассейне правой среднемозговой артерии. По результатам наблюдения в остром сосудистом отделении диагноз «транзиторная ишемическая атака» в вертебро-базиллярном бассейне был выставлен 5 пациентам (4 женщины и 1 мужчина).

Результаты и обсуждение. Количество сопутствующих заболеваний (патогенетически связанных с церебральной сосудистой патологией) от 1 до 6 у одного больного средне количество: среднее количество у женщин – 2,8, у мужчин – 3,8). В качестве осложненной коморбидной патологии встречались: гипертоническая болезнь 3 степени у 8 больных, симптоматическая вазоренальная артериальная гипертензия – у 2 больных, нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу – 1 больная, хронический пиелонефрит – у 2 больных, ХСН 1-2А степени – у 3-х больных, ИБС – у 2 больных, дислипидемия – у 4 больных, подагра – у 1 больного, астено-субдепрессивный синдром – 1 больной, астено-невротический синдром – 2 больных, ангиоретинопатия сетчатки – 3. По данным инструментального и лабораторного исследования больных, а также выполнения

функциональных проб и оценки толерантности к физической нагрузке оценивался реабилитационный потенциал, величина которого определяла структуру реабилитационной программы. Реабилитационный потенциал у 1 больного оценен как низкий, у 8 больных – умеренный, только у 1 больной – высокий. Низкий реабилитационный потенциал имел больной с острым геморрагическим инсультом, в анамнезе у которого отмечался острый инфаркт миокарда (2013 г.) и острый ишемический инсульт (2012, 2013). Причем, высокий реабилитационный потенциал определялся у больной 48 лет, перенесшей ишемический инсульт на фоне дислипидемии и нейроциркуляторной дистонии по гипертоническому типу без признаков ремоделирования миокарда левого желудочка. Таким образом, на исходную величину реабилитационного потенциала в большей степени влияли отягощенность предшествующего сосудистого анамнеза и степень ремоделирования сердечно-сосудистой системы.

Вывод. У больных молодого и среднего возраста коморбидная сосудистая патология сопровождается ремоделированием сердечно-сосудистой системы, что ограничивает возможности реабилитации, то есть исключает возможность полного возвращения нарушенных функций к исходному состоянию.

Влияние сосудистой коморбидности на эффективность реабилитационного лечения больных молодого и среднего возраста.

Никулина Г.П., Дубовой Р.М., Казакова Л.П., Чортонасова А.В., Сиволапова М.С., Никулин В.Ю.

Ставропольский государственный медицинский институт, Городская клиническая больница №2, Ставрополь

Острая и хроническая цереброваскулярная патология занимает второе место среди причин смерти населения России. Отмечается, что в последнее время увеличился процент людей среднего возраста, перенесших инсульт. В 2010 году 31% случаев зарегистрированы у пациентов моложе 65 лет, тогда как в 1990 году этот показатель составил 25%. Увеличение числа геморрагических инсультов специалисты связывают с распространением диабета и других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Клинический опыт показывает, что важную роль в развитии ишемического инсульта у лиц от 15 до 45 лет имеют артериальная гипертония, врожденные особенности строения магистральных сосудов головного мозга, диссекция артерий, васкулиты, аутоиммунные васкулопатии, нарушение реологических свойств крови. По данным литературы, при оценке суммарного вклада сосудистой коморбидности в динамику неврологического статуса у больных с острым инсультом выявлено, что чем больше ССЗ было установлено у пациентов до настоящего инсульта, тем хуже и медленнее они восстанавливались.

Цель. Проанализировать взаимосвязь осложненной сосудистой коморбидности и результатов реабилитационного лечения у больных молодого и среднего возраста с церебральной сосудистой патологией. Материал и методы. Нами проанализированы результаты клинического наблюдения 10 больных (5 мужчин и 5 женщин) трудоспособного возраста, переведенных в реабилитационное отделение ГБУЗ СК «ГКБ №2» из первичного сосудистого отделения ГБУЗ СК «ГКБ №3». Средний возраст составил 43,3±3,08 года. Острый инсульт верифицирован у 50% больных (4 мужчин и 1 женщина), причем острый геморрагический инсульт был диагностирован у

2-х мужчин (20% наблюдавшихся больных). У всех больных очаг локализовался в бассейне правой среднемозговой артерии. По результатам наблюдения в остром сосудистом отделении диагноз транзиторная ишемическая атака в вертебро-базиллярном бассейне был выставлен 5 пациентам (4 женщины и 1 мужчина).

Результаты и обсуждение. Анализ анамнеза заболевания и клинической ситуации показал, что симптоматическая вазоренальная артериальная гипертензия 3 степени с поражением органов мишеней (сосудов головного мозга и коронарных сосудов) предшествовала развитию геморрагического инсульта у 2-х больных, продолжительность заболевания почек составила более 5 лет. Антигипертензивную терапию на предшествующих этапах лечения принимали оба. У этих больных отмечалось снижение индекса мобильности Ривермид (7 и 9 баллов) и повышение показателя инвалидизации и функциональной независимости пациента по модифицированной шкале Ренкина (1 и 3 балла). Ишемический инсульт, диагностированный в трех случаях, развивался на фоне гипертонической болезни с формированием ремоделирования сердца, диастолической и систоло-диастолической дисфункций левого желудочка, хронической сердечной недостаточности. У всех больных отмечалась дислипидемия. Максимальные нарушения мобильности и функциональной недостаточности (индекс Ривермид – 7 баллов, модифицированная шкала Рэнкина – 4 балла) констатированы при сочетании гипертонической болезни, кардиомиопатии, ХСН IIA ст., дислипидемии и подагры. Больные, у которых был выставлен диагноз ТИА (транзиторная ишемическая атака) в качестве коморбидной патологии имели гипертоническую болезнь и астено-невротический синдром. Вовлеченность сердечно-сосудистой системы (ИБС, безболевого ишемия миокарда. ХСН 0) и дислипидемия отмечалась только у 1 больной.

Вывод: наличие признаков ремоделирования сердца и коморбидной сердечно-сосудистой патологии сочетается с большей тяжестью неврологической симптоматики и меньшей эффективностью реабилитационного лечения.

Оценка динамики некоторых эндотелиальных биомаркеров на фоне терапии ревматоидного артрита инфликсимабом при функциональных почечных нарушениях.

Оранский С.П., Елисеева Л.Н.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Ревматоидный артрит (РА) относится к распространенным аутоиммунным заболеваниям как в мире (Pedersen J.K., 2009), так и в России [Фоломеева О.М., 2010]. В последнее время различными исследователями получены данные о возможной ассоциации нарушений функции почек при РА и дисфункции эндотелия (Kuryliszyn-Moskal A. et al., 2006; Haroon M. et al., 2011). При этом, несмотря на уже достаточно длительный срок использования генноинженерных биологических препаратов при РА, недостаточны данные о безопасности и эффективности их применения при функциональных почечных нарушениях. Так, в аннотации к инфликсимабу не указано, что нарушения функции могут являться ограничением к его применению, отдельными авторами препарат применялся даже у пациентов с РА с терминальной хронической почечной недостаточностью (Hammoudeh M. et al., 2006). Однако нужно отметить, что почечная безопасность применения ГИБП, в частности инфликсимаба, продолжает активно

изучаться. Так, внимание исследователей привлекают единичные случаи индуцированного применением отдельных ГИБП васкулита с преобладанием кожных форм (Sokumbi O. et al., 2012), описаны единичные случаи и тяжелых почечных поражений с развитием почечной недостаточности (Piga M. et al., 2014).

Целью исследования явилось сравнительное исследование сывороточной концентрации ряда сывороточных эндотелиальных биомаркеров и функциональных почечных показателей в группах пациентов с нормальным уровнем скорости клубочковой фильтрации (СКФ) в сравнении с группой с уменьшенной СКФ у пациентов с РА, получавших курсовую терапию инфликсимабом (И).

Материалы и методы. В исследование включено 42 пациента серопозитивным РА высокой степени активности в возрасте 51,3±10,4 лет, из них у 15 определена СКФ менее 60 мл/мин. (ХБП С3-С4 по классификации KDIGO), у 27 пациентов – СКФ более 60 мл/мин. (ХБП С1-С2). Диагноз РА устанавливался в соответствии с критериями действующих классификаций ACR (1987 г.) и ACR/EULAR (2010). Все пациенты получали комбинированную терапию метотрексатом в средней дозировке 12,5±7,3 мг/нед. и инфликсимабом в дозе 3 мг/кг в/в капельно по официально рекомендованной схеме: исходно, через 2, 6 и далее каждые 14 недель. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц.

Результаты исследования. Сывороточную концентрацию васкулоэндотелиального фактора роста (VEGF), трансформирующего фактора роста β 1 и гомоцистеина определяли с помощью иммуноферментного анализатора Statfax 2100 с использованием готовых наборов реактивов. СКФ рассчитывалась по формуле CKD-EPI. Статистический анализ проведен с помощью программы Statistica 6.0, данные представлены в виде медианы (25-75 перцентилей), значимость различий оценена с помощью критериев Манна-Уитни и Вилкоксона. Вне зависимости от выраженности почечных нарушений в обеих группах отмечалась существенное повышение исходной сывороточной концентрации всех трех эндотелиальных биомаркеров – VEGF, TGF и гомоцистеина. После 22-недельного курса терапии инфликсимабом в группе пациентов с показателем СКФ>60 мл/мин. отмечено некоторое увеличение СКФ, при уменьшении сывороточной концентрации VEGF, TGF-бета при отсутствии динамики гомоцистеина. В группе пациентов с показателем СКФ<60 мл/мин. на фоне курса лечения инфликсимабом определено некоторое снижение концентрации TGF-бета1 при отсутствии влияния на гомоцистеин и VEGF.

Обсуждение. Таким образом, нами продемонстрирована безопасность и эффективность применения инфликсимаба преимущественно при начальном уровне функциональных почечных нарушений (СКФ более 60 мл/мин.), сопровождавшаяся более выраженным улучшением показателей эндотелиального статуса. При более выраженных функциональных почечных нарушениях (при уровне СКФ<60 мл/мин.) применение инфликсимаба не ухудшало функциональные показатели почек, но не сопровождалось нефропротективным эффектом.

Клинико-функциональная эффективность применения метопролола в медицинской реабилитации больных инфарктом миокарда.

Орлова А.В., Левитан Б.Н., Баркова Н.Ф., Орлов М.М., Иванов А.Л.

Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань

Цель: оценить эффективность применения кардиоселективного β 1-адреноблокатора метопролола у больных инфарктом миокарда

(ИМ) с сопутствующей артериальной гипертензией (АГ) в условиях второго этапа медицинской реабилитации.

Материалы и методы. Обследовано 36 мужчин в возрасте 54,4±1,6 лет. У 26 из них диагностирован Q-образующий ИМ, у 10 – ИМ без зубца Q. Длительность АГ составила 8–10 лет. В комплексной программе реабилитации использовался метопролол в суточной дозе 50–100 мг, зависимой от общего реабилитационного потенциала больного, уровня АГ и индивидуальной переносимости лекарственных средств данной группы. Эффективность лечения оценивали с учетом данных об изменениях числа сердечных сокращений (ЧСС), уровня АГ, толерантности к физической нагрузке и состояния гемодинамики в процессе реабилитации по результатам велоэргометрии (ВЭМ), исследований центральной гемодинамики (ЭхоКГ), общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС), типа гемодинамики и состояния вегетативной нервной системы (ВНС) по результатам ритмографии. Различия количественных показателей считались статистически достоверными при $p<0,05$ (программа Statistica 7 for Windows).

Результаты. Комплексное лечение с использованием метопролола обусловило достоверное снижение систолического (до 121,5±2,7 мм рт. ст.) и диастолического (до 78,5±1,7 мм рт. ст.) артериального давления ($p<0,05$). Установлено значимое повышение физической толерантности: до лечения 44,5±1,1 Вт и после лечения 67,2±3,2 Вт ($p<0,05$). По данным ЭхоКГ, включение метопролола в программу реабилитации способствовало при исходных нарушениях сократительной функции миокарда постепенному повышению фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) от 50,1±1,1% до 54,8±0,9%. По окончании второго этапа реабилитации у всех больных ИМ установлена тенденция к снижению ОПСС до 1862,2±83,4 у.ед., а у 24 из них установился эукинетический тип гемодинамики.

Заключение. Использование кардиоселективного β 1-адреноблокатора метопролола в комплексной реабилитации больных ИМ с сопутствующей АГ способствует повышению эффективности применения физических методов лечения посредством их более раннего назначения. При этом улучшаются заключительные результаты второго этапа медицинской реабилитации и перспективы реабилитационного прогноза при лечении в условиях поликлиники.

Возможности раннего выявления сенсорных форм полинейропатии у лиц с ожирением и метаболическим синдромом.

Осепьянц В.Г., Санеева Г.А., Францева А.П., Карпов С.М.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Полинейропатия относится к числу наиболее распространенных поражений периферической нервной системы и проявляется вегетососудистыми и трофическими нарушениями, преимущественно в дистальных отделах конечностей с постепенными проксимальным прогрессированием. В основе патологии лежат различные дистрофические, интоксикационные, обменные факторы, повреждающие соединительнотканый интерстиций и миелиновую оболочку нерва. Полинейропатия является наиболее распространенным хроническим осложнением сахарного диабета (СД) и частота ее выявления может достигать до 90% в зависимости от используемых методов и критериев диагностики. Как известно, диагноз диабетической полинейропатии (ДПН) может быть

установлен на основании жалоб и данных медицинского осмотра пациента. Существуют различные шкалы и опросники, позволяющие не только выявить ДПН на этапе первичного обращения больных за медицинской помощью, но и провести ее количественную оценку. Общепринятой в комплексной оценке клинических симптомов, используемой в большинстве европейских исследований, является шкала неврологических симптомов – Neurological Symptoms Score (NSS). С помощью NSS может быть выявлена и наиболее распространенная форма ДПН – симметричная дистальная сенсорная, характеризующаяся ранним поражением тонких сенсорных немиелинизированных волокон. При этом особенностью нейропатии сенсорных волокон является возможность ее развития задолго до клинической манифестации СД.

Целью исследования явились оценка распространенности сенсорной полинейропатии у лиц с ожирением и метаболическим синдромом в амбулаторно-поликлинической практике.

Материалы и методы. В рамках амбулаторно-поликлинического приема у врача-эндокринолога и терапевта обследовано 46 пациентов (30 женщин и 16 мужчин) в возрасте от 28 до 65 лет (средний возраст 50,32±4,4 лет) с ожирением и метаболическим синдромом. Степень ожирения устанавливалась из расчета индекса массы тела по общепризнанным нормам. Среди обследованных I степень ожирения имели 19 человек (41,3%), II степень – 22 (47,8%), III степень – 5 (10,9%) пациентов. Все больные были разделены на 3 группы. Первую составили 19 больных с ожирением и без нарушений углеводного обмена; во вторую группу из 10 человек входили лица с преддиабетическими дисгликемиями: 7 – с нарушением толерантности к глюкозе и 3 – с нарушенной гликемией натощак. В числе третьей группы из 17 больных с СД 2 типа у 5 пациентов диагноз был установлен впервые. В исследование не включались больные с СД 1 типа и СД 2 типа, получающие инсулинотерапию. Всем пациентам проведено рутинное общеклиническое и лабораторное обследование. Целенаправленный клинический поиск поражений сенсорных нервных волокон проведен в соответствии с действующими критериями и с использованием шкалы неврологических симптомов (NSS).

Результаты и обсуждение. Применение количественного сенсорного тестирования и шкалы NSS позволило выявить сенсорную полинейропатию на первичном приеме врача-эндокринолога и терапевта у 34 (74%) пациентов. Распространенность сенсорных симптомов в первой группе составила 68%, из которых 5 человек (38,5%) имели умеренную, 2 (15,4%) – выраженную, 6 (46,1%) – тяжелую полинейропатию. В группе больных с преддиабетическими дисгликемиями поражение сенсорных волокон выявлено у 80%, при умеренной, выраженной и тяжелой степенях нейропатии у 64,5%, 12,5% и 25% соответственно. В группе пациентов, страдающих СД 2 типа, независимо от длительности заболевания, ДПН установлена у 75% обследованных. Наиболее часто выявлялась умеренная полинейропатия – у 5 человек (38,4 %); выраженная и тяжелая регистрировались с одинаковой частотой – по 30,8% пациентов. Полученные данные свидетельствуют о распространенности полинейропатии среди лиц с ожирением и метаболическим синдромом, частом ее развитии за несколько лет до клинико-лабораторной манифестации СД, а также преобладание латентного бессимптомного поражения периферической нервной системы на фоне хронической гипергликемии.

Заключение. Проблема раннего выявления сенсорной полинейропатии у больных с ожирением и метаболическим синдромом до настоящего времени является актуальной и недооцененной. Применение простых и неинвазивных методов обследования, а именно шкал и скрининговых опросников, позволит улучшить диагностику

полинейропатий со своевременным проведением лечебно-профилактических мероприятий.

Особенности факторов риска развития и прогрессирования хронической болезни почек у женщин при ревматоидном артрите.

Осипова И.В., Стародубова Ю.Н., Сопотова И.В.

Алтайский государственный медицинский университет, Городская больница №4, Барнаул

Цель и задачи: изучить вклад факторов риска, с учетом значимости, в развитии и прогрессирование хронической болезни почек у женщин при ревматоидном артрите.

Материалы и методы: в исследование включены 212 женщин, средняя продолжительность ревматоидного артрита (РА) 8,4±6,1 лет, средний возраст 55,3±5,8 лет. Диагноз РА установлен на основании критериев ACR/EULAR 2010 г. Проводилось определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формулам Кокрофта-Гаулта и MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study), оценка факторов риска. Статистическая обработка с помощью пакета программ «Statistica 10», для оценки рисков использовались отношения шансов (ОШ), рассчитываемые вместе с доверительным интервалом (ДИ), с помощью «MedCalc». Результаты: среди пациенток с РА хроническая болезнь почек составила 38% (n=80). Снижение СКФ >=90 мл\мин\1,73м² – 20 (24%), СКФ 60-89 мл\мин\1,73м² – 34 (43%), СКФ 30-59 мл\мин\1,73м² – 24(30%), СКФ <29 мл\мин\1,73м² - 2(3%) пациенток. При анализе основных факторов риска выявлено, что развитие ХБП (в порядке убывания) повышают такие факторы риска, как: артериальная гипертензия (АГ) в 3,6 ($\chi^2=9,21$, p=0,04), возраст >52 лет в 3,3 раз ($\chi^2=6,24$, p=0,03), ОХС (>5,0 ммоль\л) в 3,0 раз ($\chi^2=5,41$, p=0,01), РА более 10 лет в 2,9 раза ($\chi^2=5,94$, p=0,03), высокая активность РА по DAS 28 (>5,1) в 2,6 раза ($\chi^2=3,46$, p=0,001), доза глюкокортикоидов >15 мг\сутки в 2,5 раза ($\chi^2=7,48$, p=0,001), ожирение (ИМТ ≥30 кг\м²) в 1,6 раза ($\chi^2=3,45$, p=0,05), повышенный уровень СРБ в 1,5 раза ($\chi^2=4,49$, p=0,05), гипергликемия в 1,5 раза ($\chi^2=3,93$, p=0,01).

Заключение и выводы. Таким образом, факторами риска, повышающими развитие ХБП при РА, являются: АГ, возраст старше 52 лет, гиперхолестеринемия, длительность РА более 10 лет, высокая активность РА, доза глюкокортикоидов, ожирение, уровень СРБ, гипергликемия. Своевременное выявление и коррекция факторов риска у пациенток РА, позволит снизить риск развития почечной патологии.

Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в различных возрастных группах пациентов центра здоровья г. Краснодар.

Османова Р.Р., Мельникова Н.Ю., Тихомирова Н.Ю., Белозерова Н.П.

Краевая клиническая больница №2, Краснодар

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) продолжают оставаться наиболее актуальной проблемой здравоохранения, несмотря на существенный прогресс последних лет в сфере диагностики и лечения данной патологии. Эффективной мерой снижения риска развития ССЗ

является раннее выявление факторов риска (ФР) и своевременная их коррекция.

Цель: оценка распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди пациентов различных возрастных групп центра здоровья.

Методы исследования и материалы: опрос пациентов (возраст, пол, наследственность, курение, гиподинамия), показатели артериального давления (АД), индекса массы тела (ИМТ), уровня общего холестерина, глюкозы крови (экспресс анализатор, капиллярная кровь).

Результат: проведено наблюдение за 11 672 пациентами в течение 2015 года. Респонденты разделены на 2 группы: 1 группа пациенты в возрасте от 18–39 лет, 2 группа – от 40 лет и старше. В 1 группу вошли 3192 человека, наиболее распространенными факторами риска явились: нерациональное питание 2298 (72%), гиподинамия 2202 (69%), следствием чего явилось и высокое распространение избыточной массы тела и ожирения 1069 (33,5%). Следующими по частоте встречаемости явились гиперхолестеринемия 686 (21,5%), курение 310 (9,7%), повышение АД 47 (2,4%), гипергликемия 87 (2,7%). Вторая, более многочисленная группа, составила 8480 человек. Гиподинамия выявлена у 8203 (76%), нерациональное питание 7129 (79%), избыточная масса тела и ожирение 6695 (79%), гиперхолестеринемия 5930 (70%), повышение АД 2679 (31,6%), курение 1204 (14,2%) гипергликемия 1095 (13%). Таким образом, в обеих группах ведущими факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний явились гиподинамия, избыточная масса тела и ожирение, нерациональное питание, гиперхолестеринемия, но в группе лиц старше 40 лет удельный вес данных факторов риска возрастает коррелируя с повышением суммарного сердечно-сосудистого риска по системе SCORE. Ранняя своевременная диагностика и коррекция ФР позволила бы уменьшить удельный вес ФР в старшей возрастной группе и, как следствие, снизить суммарный сердечно-сосудистый риск по системе SCORE.

Заключение: наиболее часто встречаемыми ФР среди пациентов центра здоровья в двух возрастных группах явились гиподинамия, нерациональное питание, избыточная масса тела и ожирение, гиперхолестеринемия. Раннее своевременное устранение данных факторов позволит снизить риск кардиоваскулярной патологии в старших возрастных группах.

Инсулиноподобный фактор роста-1 и фактор некроза опухоли- α у больных язвенным колитом.

Павленко В.В., Урусова Ф.И., Есенева Г.А., Александрова С.Б., Кораблина Н.В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Цель исследования: изучение уровня инсулиноподобного фактора роста (IGF-1) и фактора некроза опухоли α (ФНО- α) в периферической крови больных с ЯК в динамике лечения.

Материал и методы исследования: обследовано 80 пациентов с активным язвенным колитом в динамике лечения. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Содержание инсулиноподобного фактора исследовали в периферической крови иммуноферментным методом (Mediagnost). Количество IGF-1 в контрольной группе составило $140,01 \pm 17,7$ нмоль/л. Содержание ФНО- α (нг/2х10⁶ клеток) в мононуклеарах

(МНК) определяли методом ИФА с помощью стандартных тест-систем. Продукция ФНО- α МНК в контрольной группе составила: спонтанная – $1,54 \pm 0,9$ и ЛПС-стимулированная – $2,81 \pm 0,21$ нг/2х10⁶ Статистическую обработку результатов проводили методами параметрического и непараметрического анализа (t-критерий Стьюдента, парный t-критерий Стьюдента, точный критерий Фишера).

Результаты и обсуждение. Установлено, что в период выраженной активности ЯК исходное количество IGF-1 снижено ($15,16 \pm 0,35$ нмоль/л, $p < 0,05$ с контролем). В тоже время исходный спонтанный и стимулированный синтез ФНО- α МНК больных активным ЯК был значительно выше контрольных значений (спонтанная – $5,9 \pm 0,8$ и стимулированная $8,2 \pm 0,9$ нг/2х10⁶, $p < 0,05$ с контролем). В динамике лечения уровень IGF-1 повышается, но контрольных значений не достигает ($94,125 \pm 28,18$ нмоль/л, $p < 0,05$ до лечения и с контролем). В этот же время синтез цитокина в МНК (спонтанный и стимулированный) снизился, но не до контрольных значений.

Выводы. В период обострения уровень IGF-1 в периферической крови снижен, а продукция ФНО- α мононуклеарами периферической крови повышена. В динамике лечения экспрессия IGF-1 повышается, а синтез ФНО- α МНК снижается. Полученные результаты указывают на определенную роль IGF-1 в иммунологически опосредованных воспалительных реакциях.

Опыт применения препаратов гиалуроновой кислоты в лечении гонартроза.

Павлова А.Б., Кнухова З.Н., Кубаева З.К., Узденова Л.М.

Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница, Черкесск

Введение/цель. Оценить эффективность, переносимость и безопасность препарата гиалуроновой кислоты при лечении остеоартроза коленных суставов.

Материалы и методы. В исследование были включены 62 пациента в возрасте от 40 до 76 лет — 51 женщин и 11 мужчин, страдающих гонартрозом I, II, III ст. по Kellgren-Lawrence (I ст. – 21%, II ст. – 56%, III ст. – 23%). Для определения стадии остеоартроза применялись лучевые методы диагностики (рентгенография коленных суставов и УЗС коленных суставов). Препараты гиалуроновой кислоты вводились интраартикулярно передне-латеральным доступом 1 раз в неделю курсом по 3 инъекции с соблюдением правил асептики. Препарат представляет собой стерильный вязкоупругий 2% водный раствор гиалуроната натрия с молекулярной массой 2,1 млн. дальтон. Состояние пациентов оценивалось посредством врачебного осмотра, заполнения пациентами опросников WOMAC и EQ-5D, определения интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

Результаты/обсуждение. Получено возрастание всех шкал, входящих в показатели ОЗ (оценка здоровья). До лечения данным препаратом болевой синдром по ВАШ составлял в среднем 70 баллов. После проведения курса лечения отмечено снижение боли по ВАШ до 30, что позволило снизить дозу и кратность применяемых НПВП и анальгетиков. Отмечено улучшение качества самообслуживания и осуществления привычной повседневной деятельности у 94% пациентов, расширение объема движений в коленных суставах, увеличение двигательной активности у 88%. Наиболее выраженным терапевтическим эффектом отмечен у пациентов с I и II стадиями гонартроза. За время исследования ни у одного пациента не отмечалось аллергических реакций или инфекционных осложнений.

У 8 пациентов в первые часы после введения наблюдалось некоторое усиление болевого синдрома, купированное применением НПВП и местного охлаждения.

Выводы/заключение. Опыт лечения остеоартроза коленных суставов препаратами гиалуроновой кислоты показал высокую эффективность в плане уменьшения болевого синдрома, улучшения качества жизни, функционального состояния суставов, замедления прогрессирования остеоартроза, что в сочетании с хорошей переносимостью, гипоаллергенностью и отсутствием постинъекционных осложнений позволяет успешно применять его в лечении дегенеративно-дистрофических поражений коленных суставов, особенно на ранних стадиях заболевания.

Опыт лечения ревматоидного артрита препаратами Ритуксимаб и Инфликсимаб в кабинете терапии генно-инженерными биологическими препаратами за 10 лет.

Павлова А.Б., Узденова Л.М., Кнухова З.Н., Кубаева З.К.

Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница, Черкесск

Актуальность. Воспалительные (аутоиммунные) ревматические заболевания широко распространены во всем мире и в нашей стране. Социальная значимость их определяется ранней инвалидизацией и уменьшением продолжительности жизни пациентов. Известно, что в развитии симптомов аутоиммунных заболеваний ключевую роль всегда играет воспаление, возникновение которого тесно связано с изменением баланса противовоспалительных и провоспалительных цитокинов, в том числе ФНО- альфа. Прогресс в области лечения тяжелых заболеваний суставов, псориаза и воспалительных заболеваний кишечника связан с внедрением антицитокиновой терапии или терапии генно-инженерными биологическими препаратами. В Карачаево- Черкесской республике в 2005 году был создан территориальный ревматологический центр РГБЛПУ «КЧРКБ» и на базе центра создан кабинет терапии генно- инженерными биологическими препаратами.

Цель исследования. Проанализировать работу кабинета генно-инженерной биологической терапии за 10 лет.

Материалы и методы. За 10 лет в нашем кабинете терапии генно-инженерными препаратами было проконсультировано с целью отбора на генно-инженерную биологическую терапию более 200 больных с наиболее тяжелыми формами аутоиммунных заболеваний, у которых предыдущая терапия БПВП, цитостатиками и преднизолоном оказались неэффективны или возникли серьезные побочные эффекты. И за 10 лет было пролечено 130 больных из них 95 больных с ревматоидным артритом, 14 больных с анкилозирующим спондилоартритом, 8 больных псориатическим артритом, 7 больных системной красной волчанкой, 1 болезнью Бехчета. При этом осуществляется постоянный мониторинг эффективности и безопасности терапии ГИБП.

Результаты. Инфликсимаб с 2005 по 2015 гг. получали терапию 48 больных с достоверным диагнозом ревматоидный артрит по критериям Американской коллегии ревматологов, среди больных преобладали женщины среднего возраста с высокой и средней активностью заболевания (DAS 28 4,2-5,4) 88,8% были позитивными по ревматоидному фактору, у 80% определялись антитела к циклическому цитруллинированному пептиду. До назначения инфликсимаба

пациенты без достаточного эффекта получали активную терапию базисную противовоспалительную терапию 40% метотрексат, 20% араву, 40% метотрексат и араву не менее 3 месяцев, 100% больных лечились глюкокортикостероидами (6-+2 мг). Всем больным проводилось стандартное клинико-лабораторное обследование, включавшее определение числа припухших (воспалительных) и болезненных суставов, СОЭ по Вестергрену для подсчета индекса DAS28, СРБ, биохимическое исследование крови, маркеры вируса гепатитов В и С, ВИЧ проба Манту и рентгенография ОГК. За время наблюдения ремиссии достигли 12 больных (DAS 28 1,0-2,2), у 32 больных отмечается улучшение (DAS 28 2,4-3,2), 15 больных были переведены на другие ГИБП, у 4 больных развилась аллергическая реакция (ангионевротический отек, который удалось купировать введением супрастина 1,0 и инфузией 60 мг преднизолона). Ритуксимаб с 2005 по 2015 гг. получали терапию 43 больных с достоверным диагнозом ревматоидный артрит по критериям Американской коллегии ревматологов, включенных в Российский регистр АРБИТР. Среди больных преобладали женщины среднего возраста с высокой активностью заболевания (DAS 28 4,4-6,2), 89,7% были позитивными по ревматоидному фактору, у 82% определялись антитела к циклическому цитруллинированному пептиду. До назначения ритуксимаба пациенты без достаточного эффекта получали активную терапию базисную противовоспалительную терапию (метотрексат и араву не менее 3 месяцев), 100% больных лечились глюкокортикоидами и у 40% ранее отмечалась неэффективность или непереносимость ингибиторов ФНО-альфа, преимущественно инфликсимаба. Ритуксимаб применяли по классической схеме. Всем больным проводилось стандартное клинико-лабораторное обследование. За время наблюдения ремиссии достигли 14 больных (DAS 28 1,0-2,2), у 28 больных отмечается улучшение (DAS 28 2,6-3,4), у 3 больных развились инфузионные реакции, которые были купированы введением супрастина 1,0 и инфузией 60 мг преднизолона), у 3 больных через 2 месяца \pm 15 дней после инфузии развились инфузионные осложнения (герпетическая инфекция), которые не требовали стационарного лечения и разрешились приемом Ацикловира 800мг/сут амбулаторно.

Выводы. За 10 лет работы нашего кабинета терапии ГИБП мы получили хорошие результаты и планируем продолжить работу.

Вопросы выбора опиоидных анальгетиков в практике врача-терапевта.

Палехов А.В., Введенская Е.С.

Ставропольский государственный медицинский университет, Нижегородский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Ставрополь, Нижний Новгород

Проблема эффективной противоболевой терапии пациентов, страдающих хроническим болевым синдромом (ХБС) различного генеза и интенсивности, крайне актуальна и значима во многих аспектах. Имеющаяся в настоящее время федеральная нормативно-правовая база, в которую в последнее время внесены существенные изменения, облегчающие процесс обеспечения больных анальгетическими препаратами, дает возможность врачу-терапевту, в том числе и в амбулаторной практике, назначать все необходимые, в том числе и опиоидные, лекарственные средства больным, страдающим ХБС. Однако для проведения адекватной

опиоидной терапии врач-терапевт должен иметь соответствующую подготовку. Выбор опиоидных анальгетиков (ОА) для лечения ХБС должен в первую очередь основываться на их соответствии интенсивности боли, но немаловажным фактором выбора является и планируемая продолжительность их применения, а также прогноз в отношении жизни пациента. При благоприятном жизненном прогнозе особенно важен выбор лекарственных средств с минимальным наркотическим потенциалом. При «умеренной боли» целесообразно назначение «слабых» опиоидных анальгетиков, в первую очередь анальгетика со смешанным механизмом действия – трамадола. Слабо выраженные опиоидные побочные эффекты, наличие неинвазивных и пролонгированных лекарственных форм ставят трамадол в ряд самых безопасных ОА. Однако при применении в высоких дозах нарастают побочные эффекты как опиоидного, как и серотонинергического механизма действия трамадола. Наиболее целесообразна терапия низкими дозами с последующим титрованием, а для начала терапии самым безопасным следует считать применение комбинированного препарата – трамадол+парацетамол (Залдиар). При нарастании интенсивности боли следует планировать терапию «сильными» ОА. Планируя терапию опиоидными препаратами, следует помнить о различных сроках развития опиоидной толерантности различных лекарственных форм одного и того же лекарственного средства. Быстрый рост опиоидной толерантности присущ всем опиоидным анальгетикам короткого действия, но особенно выражен у инъекционных лекарственных форм, что обусловлено постоянным созданием «пиковых» концентраций препарата. При применении не создающих «пиковых» концентраций пролонгированных форм развитие опиоидной толерантности происходит медленнее. Сравнивая пролонгированные формы наркотических лекарственных средств (НЛС), следует отметить, что синтетический опиоид фентанил имеет меньший (по сравнению с морфином) наркотический потенциал, что еще больше снижает вероятность развития зависимости от фентанила, используемого в виде трансдермальной терапевтической системы (ТТС). Таким образом, основными критериями, определяющими выбор препаратов в группе сильных опиоидов, являются наличие лекарственных форм препаратов, обеспечивающих снижение пиковых концентраций – (ТТС; таблетки пролонгированного действия), выбор лекарственных средств с меньшим наркотическим потенциалом и, что крайне важно, выбор лекарственных средств оптимизирующих терапию за счет рациональных комбинаций. Необходимо помнить, что использование сильнодействующих ОА представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему. Рассматривая аспекты выбора ОА в масштабе страны, актуальным является применение ОА с низким риском их немедицинского использования или отсутствием такого. Эффективным ОА с повышенным уровнем безопасности является Таргин, содержащий комбинацию оксикодона гидрохлорида и антагониста опиоидных рецепторов налоксона гидрохлорида, что практически исключает их нецелевое использование. Благодаря локальному конкурентному воздействию на опиоидные рецепторы в кишечнике, налоксон уменьшает выраженность нарушений функций кишечника, типичных при лечении опиоидами (тошнота, запоры). Организация адекватного лекарственного обеспечения в нашей стране вовсе не означает только увеличение объема применяемых ОА. Масштабы роста немедицинского применения ОА, существующие в некоторых странах мира, обязывают крайне осторожно относиться к выбору ОА, регистрируемых и рекомендуемых к использованию в РФ, а рост смертности населения в ряде стран от передозировки назначаемых врачами ОА, предостерегает нас от возможных ошибок в выборе оптимальных ОА (с учетом не только самого лекарственного средства, но и его лекарственной формы). Для

улучшения качества анальгетической терапии в нашей стране повышение уровня применения ОА крайне необходимо, но за счет препаратов, обладающих не только хорошим обезболивающим эффектом, но и относительно невысоким наркотическим потенциалом.

Оценка иммунного статуса у больных алкогольным гепатитом.

Парамонова О.В., Коренская Е.Г., Маслакова Л.А.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Экзогенно-токсическое поражение печени объединяет большую группу заболеваний, развивающихся вследствие гепатотоксического воздействия различных химических веществ и физических факторов, поступивших в организм извне. Чаще всего этими агентами являются алкоголь и его суррогаты, лекарственные препараты, продукты бытовой химии, токсины грибов, профессиональные вредности, радиация. Согласно В.Гао и R. Bataller важную роль в патогенезе алкогольного поражения печени играет дисбаланс иммунного статуса. Поэтому нами была проведена оценка иммунного статуса больных алкогольным гепатитом. Обследовано 30 больных с алкогольным поражением печени, находящихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении в МУЗ ГКБ СМП 25, г. Волгограда. Выявлено снижение CD3 на 15,03%, CD4 на 19,68%, CD16 на 38,91%, иммуно-регуляторного индекса на 40,11%, увеличение CD8 на 34,13%. В остром периоде наблюдался резкий подъем синтеза цитокинов ИЛ-4 в 9,24 раза, ИЛ-6 в 6,23 раза и ФНО- α в 5,17 раз ($p < 0,001$). Выявлено, что у мужчин повышение уровня цитокинов более значительно (ИЛ-4 $183,6 \pm 39,1$, ИЛ-6 $63,7 \pm 17,2$, ФНО- α $101,2 \pm 28,6$), чем у женщин (ИЛ-4 $119,7 \pm 37,8$, ИЛ-6 $39,7 \pm 19,1$, ФНО- α $62,1 \pm 32,2$). Кроме того, обнаружена статистически значимая прямо пропорциональная зависимость уровня цитокинов от степени поражения печени ($r = 0,51$, $p < 0,01$), уровня общего и прямого билирубина, креатинина, лейкоцитоза, наличия и степени цирроза печени ($r = 0,42 - 0,87$, $p < 0,05$), что указывает на роль нарушений цитокинового обмена в патогенезе поражения печени. Была исследована также динамика показателей состояния иммунитета на фоне лечения. Выявлено, что таурин оказывает наиболее значимое влияние, нормализуя дисбаланс иммунного статуса, увеличивая количество CD3 на 9,9%, CD4 на 14,4%, CD16 на 44,9%, иммуно-регуляторный индекс на 35,3%, снижая уровень CD8 на 15,4%. Развитие токсического поражения печени сопровождается выраженным дисбалансом регуляторных и цитотоксических субпопуляций Т-лимфоцитов: снижением CD3, увеличением количества CD8 и повышением синтеза цитокинов ИЛ-4, ИЛ-6 и ФНО- α .

Синдром метаболической интоксикации как причина формирования осложнений у больных бронхиальной астмой, коморбидной с артериальной гипертензией.

Победенная Г.П.

Луганский государственный медицинский университет, Луганск

Вступление. Бронхиальная астма (БА) остается одной из важных проблем современной медицины. Невзирая на внедрение

эффективных методов лечения, контроля над заболеванием удается достичь у незначительного количества больных. Одной из причин неудач в достижении полного контроля над БА является артериальная гипертензия (АГ). Доказанным является влияние АГ на состояние микроциркуляторного русла у больных БА, однако патогенетические основы этого влияния являются недостаточно изученными.

Цель работы: изучить состояние показателей эндогенной метаболической интоксикации у больных БА в сочетании с АГ.

Материал и методы исследования. Обследованы 41 больных БА среднетяжелого течения в обострении средней тяжести. Диагноз БА устанавливался в соответствии с существующими рекомендациями. Среди больных БА были выделены две группы. Первую (I) группу составили 22 больных, у которых не регистрировалась АГ. Во вторую (II) группу вошли 19 больных с наличием АГ II степени. В сыворотке крови и моче больных определяли содержание «средних» молекул (СМ), сорбционную способность мембран эритроцитов (ССМЭ) и их средний корпускулярный объем (MCV). Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц.

Результаты. У больных БА I группы показатель СМ в сыворотке крови в период обострения болезни имел тенденцию к повышению, а в моче – превышал аналогичные показатели здоровых лиц в 1,4 раза ($p < 0,05$). Уровень СМ в сыворотке крови пациентов II группы был выше таковой у здоровых лиц и больных I группы и значительно превосходил аналогичный в моче лиц I группы ($p < 0,05$). Показатель ССМЭ у больных I группы был выше референтной нормы на 25 % ($p < 0,05$), а у лиц II группы – достоверно выше, чем у пациентов I группы. MCV больных I группы достоверно ($p < 0,05$) превышал таковой у здоровых лиц, но был, в среднем, в 1,2 раза меньше, чем у пациентов II группы ($p < 0,05$). Указанные изменения способствуют ухудшению реологических свойств крови.

Выводы. У больных БА с сопутствующей АГ негативным фактором развития нарушений микроциркуляции, формирования осложнений, увеличения объема лечения и снижения вероятности достижения астма-контроля служат проявления синдрома эндогенной метаболической интоксикации с повышенным уровнем СМ в сыворотке крови и моче, повышением ССМЭ и MCV.

Современные подходы к дифференциальной диагностике синдрома бронхиальной обструкции.

Победенная Г.П., Скиба Т.А.

Луганский государственный медицинский университет, Луганск

Бронхообструктивный синдром (БОС) сопровождает многие хронические заболевания в пульмонологии, вызывая необходимость проведения дифференциальной диагностики и коррекции подходов к лечению. БОС является ведущим в клинической картине бронхиальной астмы (БА) и характеризуется разнообразием клинических проявлений, с чем иногда связана поздняя диагностика заболевания. Бронхиальная обструкция при БА, в основном, является обратимой. Однако, по современным представлениям, для астмы характерна не столько обратимость, сколько вариабельность БОС. Он является одним из ведущих при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и характеризуется необратимым или почти необратимым снижением воздушного потока дыхательных путей, которое обычно прогрессирует. Различная природа БОС при БА и ХОБЛ определяет различия в подходах к терапии заболеваний. Нередко разграничить

БА и ХОБЛ довольно трудно, и диагностируется АСОС-синдром, что нуждается в подборе лечения в соответствии с двумя заболеваниями. БОС имеет место вирусных инфекциях, эозинофильном бронхите, туберкулезе легких (ТБ), системных васкулитах, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), гельминтных инвазиях и т.д. Иногда с БОС приходится дифференцировать гипервентиляционный синдром. Эозинофильный бронхит может рассматриваться как предшественник ХОБЛ с эозинофильным фенотипом с предикторами, такими как курение, женский пол, эозинофилия мокроты. БОС часто сопровождается ТБ. При этом у больных ТБ легких выделяют три его варианта: параспецифический, который выявляется при наличии ХОБЛ, верифицированного ранее, метаспецифический, что выявляется при длительном течении активного ТБ, и постспецифический – посттуберкулезный. С учетом распространенности, о ТБ следует помнить в дифференциальной диагностике БОС при неполном ответе на его лечение. Клинические проявления системных васкулитов синдрома Чарга-Стросс, узелкового периартериита также включают БОС.

Таким образом, разнообразие заболеваний, при которых может иметь место синдром бронхиальной обструкции, постоянно углубляющиеся представления о болезнях, которые приобретают самостоятельную клиническую и нозологическую очерченность, требуют от современного врача четких дифференциально-диагностических алгоритмов и широкого кругозора для их применения и эффективного лечения пациентов.

Профилактика ишемического инсульта у амбулаторного пациента с фибрилляцией предсердий. Данные регистра РЕКВАЗА ФП Ярославль.

Позднякова Е.М., Якусевич В.Вл.

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль

Цель: оценить качество лекарственных назначений и немедикаментозных рекомендаций по профилактике ишемического инсульта (ИИ) у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) по соответствующему разделу регистра РЕКВАЗА-ФП.

Методы: анализ назначенной профилактики ИИ по данным амбулаторных карт пациентов с ФП, посетивших в течение года одну из поликлиник г. Ярославля.

Результаты. В 2013 году в поликлинику обратились 9542 человека, 215 из которых были включены в Регистр с установленным диагнозом ФП (женщины – 136), в возрасте от 23 до 90 лет, ($73,9 \pm 11,1$). У большинства пациентов ФП протекала на фоне выраженной сердечно-сосудистой патологии. Так артериальная гипертензия и хроническая сердечная недостаточность диагностированы у 208 (96,74%) и 197 (91,62%) соответственно. Диагноз ИБС установлен у 196 (91,16 %) больных. К моменту включения в Регистр 54 (25,12%) пациента уже перенесли либо транзиторную ишемическую атаку (7 человек), либо инсульт (47 человек, 6 из них повторно). Таким образом, практически всю включенную в исследование выборку следовало отнести к лицам высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска. Следовательно, врачебные немедикаментозные рекомендации по коррекции ФП для этих больных не менее важны, чем лекарственные назначения для терапии ФП. Такие рекомендации выдаются пациентам далеко не всегда, или же врачи не считают нужным вносить их в

амбулаторные карты. Сведения о выдаче врачебных рекомендаций по устранении как отдельных ФН, так и их комплекса имеются только в 112 амбулаторных картах (52,1%). При этом дополнительные немедикаментозные методы коррекции гипертензии рекомендованы только 29 (13,5%) пациентам, рекомендации по рациональному питанию – 22 (10,2%), а конкретно гиполлипидемическая диета 4 (1,9%) больным. Несмотря на то, что у большинства больных имелось сочетание нескольких ФР, комплексные рекомендации по их устранению крайне редко встречаются во врачебных записях. Из комплекса рекомендаций по диете, физической активности, ограничению приема алкоголя и отказу от курения, две и более из них фигурируют только в 47 (21,9%) амбулаторных картах. При этом только в 69 (32,1%) случаях отмечается врачебный контроль за их выполнением. При оценке назначаемой медикаментозной профилактики выявлено, что антигипертензивная терапия одним препаратом проводилась у 21 пациента (9,77%), а комбинированную получали 186 (86,51%) человек. При этом целевые цифры АД достигнуты только у 58 пациентов (26,98%). Липидснижающая терапия назначена 95 больным (44,19%) и представлена только группой статинов, значительно чаще других назначался аторвастатин (89,47%). Подавляющее большинство (51,71%) получали в качестве антитромботической терапии только ацетилсалициловую кислоту, несмотря на высокие риск тромбоза. Терапия пероральными антикоагулянтами (варфарин или новые оральные антикоагулянты) назначена 41 пациенту (19,07%), без какой-либо медикаментозной профилактики оставались 15 пациентов (6,98%). Выводы: качество профилактики ИИ, проводимой амбулаторным звеном здравоохранения у данной категории больных не полностью соответствует общепринятым стандартам. Рекомендациям по нелекарственному устранению наиболее значимых сердечно-сосудистых факторов риска уделяется недостаточное внимание в амбулаторном звене здравоохранения.

Психофизиологическое состояние пациентов с нарушениями дыхания во сне.

Попова Н.А., Шкарин В.В., Горбунова М.Л.

*Нижегородская государственная медицинская академия,
Дорожная больница, Нижний Новгород*

Несомненно, что сон является одним из самых информативных показателей качества эмоционального состояния человека и его психофизиологического здоровья. Также показано, что параметры сна у людей колеблются в определенных пределах, которые обусловлены влиянием внешних и внутренних факторов. Данные зарубежных исследований свидетельствуют о том, что для выявления распространенности различных постсомнических изменений в результате нарушений дыхания во сне в настоящее время, не существует стандартизированных подходов. Однако об этом можно судить по данным анкетирования.

Цель исследования: изучить влияние различных нарушений дыхания во сне на психофизиологические процессы пациентов. Обследовано 65 пациентов, страдающих ночным храпом. Исследование качества сна и психофизиологического состояния пациентов было проведено нами с помощью анкетирования и тестирования. Выявление взаимосвязей между полученными данными было проведено с помощью математической обработки результатов. Полученные данные подвергались стратификации с помощью кластерного анализа,

однофакторного дисперсионного анализа. Наличие сомнических нарушений выявлялись в зависимости от пола пациентов. Нарушения засыпания отмечались у 57,5% мужчин и 63% женщин, частые ночные пробуждения – у 57,5% мужчин и 74% женщин, дневная сонливость – у 77,5% мужчин и 85,2% женщин, чувство «разбитости» по утрам – у 57,5% мужчин и 77,8% женщин, головная боль – у 62,5% мужчин и 70,4% женщин, никтурия – у 37,5% мужчин и 44,4% женщин и ночной кашель – у 45% мужчин и 33% женщин. Данные представлены по результатам анкетирования пациентов с различными нарушениями дыхания во сне, проведенного с целью качественного анализа сна. Из полученных данных видно, что у женщин в гораздо большей степени, чем у мужчин распространены различные нарушения сна. Самыми частыми проявлениями являются: чуткий сон и частые ночные пробуждения. Также можно отметить, что мужчины оценивают качество своего сна выше, чем женщины. По данным нашего опроса выявлено, что своим сном удовлетворены 40% мужчин и только 20% женщин. Как результат «некачественного» сна возникают постсомнические расстройства, которые возникают после пробуждения и могут длиться порой в течение всего периода бодрствования. К их числу относят выраженную астению, плохое настроение, а также эмоциональную неустойчивость. По данным анкетирования наиболее часто встречающимися постсомническими расстройствами являются: чувство «разбитости» по утрам, головная боль и дневная сонливость, повышение уровней цейтнотности и стрессогенности, проявляющиеся в увеличении эмоциональной неустойчивости и степени тревожности. При этом женщины чаще, чем мужчины, жалуются на раздражительность и несдержанность. У женщин в 2,5 раза чаще, чем у мужчин, возникает эмоциональная неустойчивость. У мужчин наблюдается более слабая адаптация к стрессовым ситуациям, чем у женщин. Т.о. ухудшение качества сна в результате нарушений дыхания во сне может приводить к развитию тяжелой степени тревожности, которая требует коррекции у специалиста.

Опыт применения ударно-волновой терапии при остеоартрозе коленных суставов.

Пятых Е.А., Розенков С.А.

*Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта,
Медицинский центр «Ин пульс», Калининград*

Введение/цель. Оценка эффективности применения ударно-волновой терапии (УВТ) в комплексном лечении остеоартроза коленных суставов (ОА КС).

Материалы и методы. Обследовано 15 больных ОА КС I-II стадии (средний возраст – 54,2±11,0 лет), имеющих потребность в НПВП. Больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, полу и выраженности болевого синдрома: 1 группа (7 человек) получала курс УВТ (по 1 процедуре каждые 3 дня, всего 3 процедуры) + НПВП (найз); 2 группа (8 человек) – монотерапия НПВП (найз по потребности). В работе использованы опросники НАQ, индекс Лекена, ВАШ.

Результаты/обсуждение. По полученным данным после курса лечения (через 14 дней от начала терапии) у пациентов обеих групп улучшилось функциональное состояние суставов и уменьшился болевой синдром. По данным опросника НАQ функциональная способность у пациентов 1 группы улучшилась на 23,5%, в то время как во 2 группе улучшение составило 11,1%. Тяжесть гонартроза по данным индекса Лекена

в 1 группе также уменьшилась более выражено, чем во 2 (16,4% и 15,8% соответственно). По данным ВАШ, интенсивность боли в покое и при движениях у пациентов 1 группы уменьшилась на 30% и 18,5% соответственно; у пациентов 2 группы уменьшение составило 13% и 15,6% соответственно. Потребность в НПВП в 1 группе уменьшилась на 30,7%, во 2 группе – на 7,1%. Пациенты 1 группы оценили Эффективность лечения в среднем на 4,2 баллов, пациенты 2 группы – на 3,6 баллов.

Выводы/заключение. Применение УВТ суставов достоверно снижает болевой синдром, улучшает функциональную активность у больных ОА КС. Эффективность терапии ОА КС повышается при использовании УВТ совместно с НПВП и позволяет уменьшить потребность в препаратах данной группы.

Современные вопросы терапии в практике врача поликлиники, пребывание в дневном стационаре.

Разницына Н.С.

Тольяттинская городская поликлиника №4, Тольятти

Современное оснащение поликлиники и наличие узких специалистов позволяет обследовать многих пациентов по стандарту, однако организовать такое обследование в короткие сроки, поставить диагноз, назначить и оценить эффективность лечения не всегда возможно. В этом помогает направление больных в дневной стационар при поликлинике. Для участкового врача это, в первую очередь, способ быстро помочь пациенту, создать комфортные условия для его пребывания, расставить заболевания диспансерного больного в порядке опасности для жизни. Кроме того, это хорошая возможность провести с ним профилактические беседы на актуальные темы: борьба с курением, купирование гипертонических кризов, модификация факторов риска, предотвращение развития инсультов и сахарного диабета. После этого пациент больше доверяет врачу, видит обоюдную заинтересованность в достижении поставленной цели. Ведение дневников измерения артериального давления, проведение астма-теста, теста шестиминутной ходьбы, пикфлоуметрии и других дает большую информативность для врача и позволяет пациенту самому оценить результаты лечения.

Немаловажен и правильный отбор пациентов в дневной стационар с оценкой тяжести состояния. Пребывание в течение 7–12 дней в дневном стационаре позволяет врачу вылечить острые состояния (пневмонию, аллергическую реакцию), снять обострение хронической обструктивной болезни легких, бронхиальной астмы, провести подбор антигипертензивной терапии хроническим больным, провести лечение осложнений сахарного диабета, обострение язвенной болезни, эрадикационную терапию. Пациентам льготной категории с хроническими заболеваниями пребывание в стационаре позволяет провести подбор лекарственных средств с учетом перечня жизненно важных лекарственных препаратов, а также продолжить выписку данных лекарств на участке. Для поликлиники лечение пациентов в дневном стационаре – это возможность уменьшения затрат на оказание внешних услуг, привлечения дополнительных средств. Оздоровление пациентов диспансерной группы, лечение острых заболеваний в более короткие сроки, обеспечение социально незащищенных групп пациентов лечением позволяет разгрузить прием на участке и проводить профилактическую работу, что позволит улучшить статистические показатели и уменьшить смертность.

Сравнительный анализ частот генотипов шести однонуклеотидных.

Романова Т.А., Максимов В.Н., Воевода М.И.

Институт терапии РАМН, Республиканская больница №1 – Национальный центр медицины, Якутский научный центр СО РАМН, Якутск, Новосибирск

Целью нашего исследования явилось сравнение частот генотипов шести ОНП rs499818, rs619203, rs10757278, rs1333049, rs2549513, rs4804611 у мужчин с ИБС разных этнических групп Якутии. В исследование были включены 99 мужчин с ИБС и коронарным атеросклерозом, подтвержденным ангиографически, имеющих СН (с ИФК по IVФК по Канадской классификации), «безболевою ишемию», с ИМ в анамнезе. Все пациенты были распределены на 2 группы: 1 группа (n=42) – мужчины коренной национальности – якуты, 2 группа (n=57) – некоренной национальности – русские. Всем пациентам выполнялось генотипирование в объединённой лаборатории молекулярной генетики ИЦИГ РАН и НИИ терапии СО РАМН. Полиморфизм генов тестировали с помощью ПЦР в реальном времени в соответствии с протоколом фирмы производителя на приборе ABI 7900HT.

Результаты исследования. Пациенты коренной и некоренной национальности не различались по возрасту, факторам риска и клиническим проявлениям ИБС. Выявлены различия в группе коренных мужчин по частоте генотипов ОНП rs 619203 в зависимости от объема атеросклеротического поражения ПКА: у пациентов с полисегментарным поражением ПКА носители генотипа GG rs 619203 встречались значительно реже, чем носители двух других генотипов (ОШ=0,03, при p=0,006, F=0,026, 95% ДИ 0,001 – 0,57). У носителей генотипа AA ОНП rs 4804611 чаще выявлялось меньшее число поражённых атеросклерозом коронарных артерий по сравнению с носителями генотипа AG (p=0,035). Риск иметь ИМ в анамнезе у лиц с генотипом GC rs 1333049 был выше в 4,9 раз по сравнению с носителями двух других генотипов (p=0,020, F=0,029; 95% ДИ 1,23–19,32). В группе некоренных мужчин выявлена ассоциация ОНП rs 499818 с ИМ. У гомозигот по аллелю G отношение шансов иметь ИМ было равно 0,3 (при p=0,03, F=0,036; 95% ДИ 0,1–0,9). Найдены достоверные различия по частоте генотипов rs 619203 в зависимости от мультифокального атеросклероза: у носителей генотипа CG он встречался значительно реже, чем у носителей генотипов CC и GG rs 619203, ОШ=0,3 (p=0,023, F=0,043, 95% ДИ 0,07–0,85). Выявлена взаимосвязь ОНП rs 2549513 с отягощённой наследственностью по ИМ у близких родственников мужчин с ИБС: у гетерозигот rs 2549513 отягощенной наследственности по ИМ не было, в отличие от гомозигот по аллелю A (p=0,010, F=0,011). Найдена связь ОНП rs 4804611 с объемом атеросклеротического поражения ОА по данным СКАГ. Риск иметь окклюзию ОА у лиц с генотипами GG по сравнению с носителями других генотипов составил 0,04 (при p=0,002, F=0,033, 95% ДИ 0,002 – 0,59).

Заключение. Выявлены особенности в распределении частот генотипов ОНП при коронарном и мультифокальном атеросклерозе, перенесенному ИМ и отягощенной наследственности по ИМ. Выявленные ассоциации и различия в распределении частот генотипов ОНП в группах мужчин с ИБС коренной и некоренной национальности Якутии свидетельствуют об этнической специфичности генетических факторов, определяющих возникновение ИБС и развитие ИМ.

Анализ диспансерного наблюдения пациентов с дисплазией соединительной ткани.

Рубанова Н.А.

Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь

Недифференцированные дисплазии соединительной ткани (НДСТ) нередко характеризуются прогрессирующим течением. Возможность профилактики неблагоприятной динамики процесса требует наблюдения за этими пациентами. Однако НДСТ отражена в различных классах и рубриках МКБ-10, что вызывает затруднение ее верификации, формулировки диагноза, взятия на диспансерное наблюдение и, как следствие, проведения необходимых профилактических и лечебных мероприятий с целью предотвращения тяжелых, не прогнозируемых осложнений.

Цель. Проанализировать качество диспансерного наблюдения за лицами основных классов и отдельных болезней по МКБ-10, в рубрике которых представлена НДСТ.

Материалы и методы. Проанализирована статистическая форма №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» за период 2012–2014 гг., в которую включены сведения об общем числе зарегистрированных заболеваний по краю и о диспансерном наблюдении: детей до 14 лет, подростков 15–17 лет, взрослых. Взятые основные классы болезней, ассоциированных с НДСТ.

Результаты. Отмечено увеличение количества зарегистрированных болезней с увеличением возраста обследованных. Доля же пациентов, состоящих на диспансерном учете, с возрастом уменьшалась. Пациентов с болезнями системы кровообращения (код по МКБ-10 пересмотра I 00 – I 99) в возрасте от 0 до 14 лет состояло на диспансерном учете 41,9%, в возрасте 15–17 лет – 35,4%, взрослых – 29,7%; с другими болезнями сердца (код по МКБ-10 I 30 – I 51) находилось под наблюдением в возрасте от 0 до 14 лет 41,6%, в возрастной группе 15–17 лет – 45,1%, взрослых – 17,3%. С болезнями костно-мышечной системы (код по МКБ-10 M 00-M 99) наблюдалось 22,3% детей в возрасте от 0 до 14 лет, 38,1% пациентов в возрасте 15–17 лет и 9,2% взрослых. Больных с деформирующими дорсопатиями (код по МКБ-10 M 00-M 99) на диспансерном учете состояло в возрастной группе 0–14 лет 22,3%, 15–17 лет 41,8%, взрослых 7,1%. С врожденными аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями (код по МКБ-10 Q 00-Q 99) наблюдалось в рассматриваемых возрастных группах соответственно 43%, 45,3% и 37,9% больных, а пациентов с врожденными аномалиями системы кровообращения (код по МКБ-10 Q20 –Q28) – 51%, 49% и 33,5% соответственно.

Заключение. Таким образом, далеко не все пациенты с недифференцированной соединительнотканной дисплазией были охвачены диспансерным наблюдением. Отмечено уменьшение количества пациентов, состоящих на диспансерном учете, с увеличением возраста. Вместе с тем все больные с НДСТ дети и подростки должны передаваться во взрослую сеть для дальнейшего наблюдения. Необходимо совершенствовать преемственность в работе врачей педиатров и терапевтов. Координирующую роль в наблюдении за взрослыми пациентами с НДСТ должен играть врач-терапевт в содружестве с такими специалистами, как кардиолог, офтальмолог, гастроэнтеролог, пульмонолог, торакальный хирург.

Характеристика аритмического синдрома у молодых пациентов с дисплазией соединительной ткани.

Рубанова Н.А.

Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь

Ранняя диагностика патологии сердечно-сосудистой системы у пациентов с дисплазией соединительной ткани (ДСТ) является важной задачей профилактики неблагоприятных осложнений, предупреждения внезапной смерти, улучшения качества жизни. Одним из серьезных осложнений ДСТ является аритмический синдром, проявления которого варьируют у различных категорий больных и требуют внимания и понимания причин его происхождения со стороны врача терапевта поликлиники.

Цель. Определить частоту и варианты аритмического синдрома у молодых пациентов с дисплазией соединительной ткани, обследованных в условиях поликлиники.

Материалы и методы. Обследовано 118 пациентов с ДСТ в возрасте 18–25 лет (20 женщин и 98 мужчин). Проводилось фенотипическое исследование, выполнялись электрокардиография (ЭКГ), суточное мониторирование ЭКГ (СМ ЭКГ), эхокардиография.

Результаты. Нарушение сердечного ритма и проводимости выявлены, по данным ЭКГ покоя, менее чем у половины (48,6%) больных. Встречались нарушения ритма по типу синусовой тахикардии (8,4%), синусовой брадикардии (1,7%), предсердной и желудочковой экстрасистолии (0,8%), неполной блокады правой ножки пучка Гиса (16,9%). Значительно реже выявлялась атриовентрикулярная блокада 1 степени (0,8%) с транзиторной атриовентрикулярной блокадой 2 степени (периодикой Самойлова-Венкебаха) (1,7%). Синдром и феномен WPW выявлены у 3 (2,5%) больных. При выполнении СМ ЭКГ спектр и частота выявленных аритмий значительно выросли, они были обнаружены у 74,8% пациентов с ДСТ. Частота таких видов нарушений ритма и проводимости как синусовая тахикардия, синусовая аритмия, миграция водителя ритма по предсердиям, экстрасистолия, блокада правой ножки пучка Гиса, а также врожденных аномалий проводящей системы сердца (синдромов WPW, PPЖ и др.) была, по результатам СМ ЭКГ, заметно выше при количестве внешних стигм дисэмбриогенеза, превышающих 7. Такие виды аритмий как пароксизмальная желудочковая тахикардия и транзиторная АВ блокада I–II степени встречались исключительно при значительном количестве стигм. Нарастание частоты выявления по мере увеличения количества стигм дисэмбриогенеза было характерным для наджелудочковой экстрасистолии. Синусовая тахикардия и желудочковая экстрасистолия заметно чаще были зафиксированы в группах пациентов с двумя и более внутрисердечными микроаномалиями. Исключительно у больных ДСТ с несколькими аномалиями сердца определялись такие нарушения сердечного ритма и проводимости как пароксизмальная желудочковая тахикардия, СА блокада II степени 1 и 2 типов, блокада передней либо задней ветвей ЛНПГ. Четыре из пяти случаев синдромов предвозбуждения желудочков были обнаружены в случаях комбинации нескольких микроаномалий сердца.

Заключение. Нарушения сердечного ритма и проводимости встретились у 2/3 обследованных пациентов с ДСТ. Частота выявления аритмий была прямо пропорциональна количеству обнаруженных внешних фенотипических признаков ДСТ и была максимальной при их количестве, превышающем 7. Характер аритмий определялся количеством внутрисердечных микроаномалий. Установленные

закономерности имеют большое значение для построения плана обследования больных молодого возраста с аритмическим синдромом при отсутствии клинически значимой патологии сердца.

Бета-2-микроглобулин у больных хронической обструктивной болезнью легких с системной дисплазией соединительной ткани.

Рыбас А.В., Ягода А.В.

*Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь*

Человеческий бета-2-микроглобулин (Б-2-МГ) – белок, идентичный легким цепочкам антигенов HLA I класса локусов HLA-A, HLA-B и HLA-C, экспрессирующийся в содержащих ядро клетках и в норме встречающийся в малых концентрациях в сыворотке и моче. Содержание этого белка повышается при воспалительных и вирусных заболеваниях, почечной недостаточности, амилоидозе, некоторых аутоиммунных заболеваниях, однако клиническая значимость исследования Б-2-МГ остается неясной.

Цель работы – определение содержания Б-2-МГ в сыворотке крови у пациентов хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) с системной дисплазией соединительной ткани (ДСТ).

Задачи исследования: 1) изучить уровень Б-2-МГ у больных ХОБЛ и здоровых лиц; 2) оценить содержание Б-2-МГ у больных ХОБЛ с различными фенотипами ДСТ; 3) проанализировать содержание Б-2-МГ в зависимости от гендерного фактора.

Материал и методы. Обследовано 70 больных ХОБЛ. Всем пациентам выполнялись электрокардиография, обзорная рентгенография органов грудной полости, спирография, фибробронхоскопия. Определение фенотипических признаков ДСТ проводилось согласно российским рекомендациям комитета экспертов Российского кардиологического общества (пересмотр от 2013 г.). Диагноз устанавливали на основании рекомендованных ВОЗ критериев. Степень тяжести ХОБЛ определяли, согласно классификации GOLD, учитывая клинические данные, объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1), отношение ОФВ1 к форсированной жизненной емкости легких. В контрольную группу вошли 65 здоровых человек, сопоставимых по возрасту с группой больных. В обеих группах определяли концентрацию Б-2-МГ в сыворотке крови хемилюминесцентным методом с помощью анализатора Immulite 2000 (тест-система фирмы DPC, США). За норму принимали содержание Б-2-МГ в пределах 670-2143 нг/мл. Для статистической обработки материала использовали компьютерную программу статистического анализа «SPSS», версия 11.0 для Windows. Результаты. Обследовано 70 больных ХОБЛ терапевтического отделения краевой больницы, 28 женщин и 42 мужчины (средний возраст 43,28±2,9). Признаки ДСТ определялись у 26 больных ХОБЛ (37,1%). Содержание Б-2-МГ у здоровых добровольцев составило 1425±326,2 нг/мл. При сравнении уровней Б-2-МГ (Т-критерий Манна-Уитни) у больных ХОБЛ и в контрольной группе обнаружено достоверное его увеличение у пациентов с ХОБЛ (Т=63,21, p<0,05). Среднее содержание Б-2-МГ у больных ХОБЛ составило 2875±425,8 нг/мл. Обращает внимание повышение Б-2-МГ у больных с тяжелым течением ХОБЛ. Отмечено достоверное увеличение концентрации Б-2-МГ у женщин в группе больных ХОБЛ (3458±211,2 нг/мл) в сравнении с мужчинами (2305±189,21 нг/мл). Чаще всего у больных ХОБЛ наблюдался неклассифицируемый фенотип ДСТ

– в 73% случаев. Доброкачественная гипермобильность суставов определялась у 23,1% пациентов с ДСТ. MASS-подобный фенотип выявлен у 1 больного (3,9%). У больных ХОБЛ с признаками ДСТ определялся достоверно более высокий уровень Б-2-МГ, причем у пациентов с доброкачественной гипермобильностью суставов и MASS-подобным фенотипом показатели были сопоставимы с контрольной группой.

Выводы: у больных ХОБЛ отмечено повышение уровня Б-2-МГ; достоверно более высокие уровни определяются у пациентов ХОБЛ с неклассифицируемым фенотипом ДСТ; уровень Б-2-МГ выше у лиц женского пола.

Микроэлементы сыворотки крови у больных хроническими гепатитами.

Савельева Т.В., Эшмаков С.В., Чернышова Т.Е., Ежов А.В.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель исследования: оценить содержание ряда микроэлементов сыворотки крови у больных с хроническими гепатитами (ХГ).

Материал и методы. Обследовано 65 пациентов с ХГ, из них 36 мужчин и 29 женщин (средний возраст 45,0±9,2 лет). Первую группу составили 39 больных с ХГ вирусной HBV и HCV этиологии умеренной и выраженной активности, вторую – 26 больных с ХГ алкогольной этиологии той же степени активности. Анализировалось содержание натрия, калия, магния, железа и цинка в сыворотке крови фотометрическим колориметрическим методом. Контрольную группу составили 15 здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу. Результаты исследования. Содержание натрия в сыворотке крови у пациентов 1-й группы не имело значимых различий с контрольной группой. У пациентов 2-й группы наблюдалась гипонатриемия, в среднем, 133,6±4,4 ммоль/л (p<0,05). Содержание калия у пациентов 1-й группы не имело достоверных различий с контрольной группой, во 2-й было значительно снижено, в среднем, 2,4±0,8 ммоль/л. Установлена обратная корреляционная связь содержания калия с активностью ХГ и степенью фиброза печени (r=-0,45, p=0,03; r=-0,38; p=0,045). Содержание магния в обеих группах было достоверно ниже соответствующего показателя контрольной группы и составило в 1-й группе, в среднем, 0,77±0,03 ммоль/л. Во 2-й группе имело место более выраженное снижение содержания магния, в среднем, 0,71±0,02 ммоль/л (p1-2<0,05); установлена обратная корреляция с активностью ХГ (r=-0,48; p=0,04). Содержание железа в сыворотке крови пациентов 1-й группы имело тенденцию к повышению, в среднем, 24,3±3,7 мкмоль/л, во 2-й – достоверно превышало соответствующий показатель контрольной группы и составило, в среднем, 31,8±2,6 мкмоль/л. В группе пациентов алкогольным ХГ установлена прямая взаимосвязь с активностью гепатита (r=0,5; p=0,02). Содержание цинка было снижено в обеих группах: в 1-й – 9,8±0,4 мкмоль/л, во 2-й – 8,2±0,4 (p1-2<0,05). Корреляционный анализ показал наличие обратной связи между содержанием цинка и степенью фиброза печени у пациентов 2-й группы (r=-0,45; p=0,03). Таким образом, у пациентов с вирусным и алкогольным ХГ имеют место отклонения в содержании микроэлементов сыворотки крови. Снижение содержания калия, магния, цинка и повышение содержания железа более выражены у пациентов с ХГ алкогольной этиологии, что свидетельствует о значимых нарушениях гомеостаза в этой группе больных

Динамика изменений электрокардиограммы у пациентов с патологией кроветворения.

Самарина И.Н., Горбунова М.Л., Попова Н.А.

Нижегородская государственная медицинская академия,
Больница скорой медицинской помощи, Нижний Новгород,
Дзержинск

Исследованы результаты динамического наблюдения за ЭКГ у пациентов с различной патологией системы кроветворения. Сроки проведения исследования: январь-август 2015 гг. 11 пациентов с диагнозом Миелопролиферативные заболевания, в том числе с диагнозом Хронический миелоидный лейкоз – 2 чел., Истинная полицитемия – 5 чел, Первичный миелофиброз – 1 чел., Эссенциальный тромбоцитоз – 3 чел. Мужчин – 7, женщин – 4, возраст – от 50 до 71 года. Диагноз установлен на основании характерных черт клинической картины и изменений гемограммы и миелограммы, специфических высокочувствительных тестов: цитогенетического и молекулярно-биологического исследования крови (обнаружение Рн-хромосомы в 100% метафазных пластинок, BCR-ABL-позитив для ХМЛ (хроническим миелоидным лейкозом); биопсии костного мозга: гиперклеточное состояние гемопоэза с панмиелозом – гиперплазия всех миелоидных ростков с вытеснением жировой ткани и уровень Нв выше 185 г\л у мужчин и выше 165 г\л – у женщин – для истинной полицитемии; Фиброза костного мозга 2–4 степени в сочетании со спленомегалией – для первичного миелофиброза; Длительного тромбоцитоза (более $450 \cdot 10^9$ /л) в гемограмме и повышения количества зрелых мегакариоцитов в биоптате костного мозга – для эссенциальной тромбоцитемии. Все пациенты поступали в гематологическое отделение с прогрессированием заболевания, ухудшением самочувствия и гематологических показателей (нарастание уровня Нв $200 \pm 9,2$ г\л и гематокрита 56 % $\pm 3,2\%$ – для истинной полицитемии; нарастание тромбоцитоза до 1200 ± 76 для эссенциальной тромбоцитемии; лейкоцитоза – до $356,0 \pm 12,2 \cdot 10^9$ /л для ХМЛ, спленомегалия $+ 20$ см от края реберной дуги – для первичного миелофиброза). Основные изменения биохимических показателей касались повышения уровней мочевой кислоты, умеренного повышения уровней АлАт и АсАт, ЛДГ – у 5 пациентов. У 6 пациентов биохимические показатели оставались без отклонений от нормы. На ЭКГ были выявлены следующие нарушения: у всех пациентов регистрировался отрицательный зубец Т до -2 мм в левых грудных отведениях, что требовало дифференциации с ишемическими изменениями. Кардиотропные тесты (тропонин) были отрицательные. Все пациенты получали патогенетическую и симптоматическую терапию в соответствии со стандартами лечения нозологий: пациенты с ХМЛ – терапию ингибитором ИТК иматинибом, пациенты истинной полицитемией – гемозксфузии по 300 мл венозной крови №5–10 с предварительным введением реополиглюкина, трентал в\в кап, гидроксикарбамид 1–2 г\сут, пациенты с первичным миелофиброзом – ГКС 20–30 мг\сут р.о. по преднизолону, гемотрансфузии до уровня Нв > 100 г\л, пациенты с эссенциальной тромбоцитемией – терапию гидроксикарбамидом по 1–2 г\сут и интерфероном-альфа по 3 млн ед. 3 раза в неделю. Все пациенты получали аллопуринол, инфузионную терапию со стимуляцией диуреза. 5 пациентов, кроме того, продолжали принимать гипотензивные препараты, ранее рекомендованные кардиологом (конкор, амлодипин, валсартан). Дозы гипотензивных препаратов нами не корректировались. Продолжительность терапии составляла в среднем 14 дней ± 3 дня. Через 14 дней у всех пациентов

(100%) было отмечено значительное улучшение самочувствия. Лабораторно выявлена хорошая положительная динамика в виде: уменьшения проявлений плеторического синдрома, нормализации уровня Нв у пациентов с истинной полицитемией (у мужчин- Нв-154 ± 3 г\л, гематокрит- 47, 2 % $\pm 2,1$ %); Снижения уровня лейкоцитов и нормализации лейкоцитарной формулы у пациентов с ХМЛ, Снижения уровня тромбоцитов у пациентов с эссенциальной тромбоцитемией до $400 \pm 14 \cdot 10^9$ /л, Сокращения размеров селезенки на 5 см и повышения уровня Нв до 101 г\л у пациента с первичным миелофиброзом На контрольных ЭКГ, выполненных через 14 дней терапии выявлено уменьшение отрицательного зубца Т и формирование изоэлектричного либо слабо положительного з Т. Вывод. Изменения ЭКГ у пациентов с миелопролиферативными заболеваниями характеризовались как нарушение процессов реполяризации и носили неспецифический характер. Улучшение гематологических показателей на фоне специфической терапии миелопролиферативных заболеваний привело не только к улучшению качества жизни, но и к нормализации (улучшению) ЭКГ-изменений.

Подходы к диагностике и коррекции гипозелементозов при синдроме гипермобильности суставов.

Санеева Г.А.

Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь

Синдром гипермобильности суставов (СГМС) представляет собой один из наиболее распространенных вариантов наследственных нарушений соединительной ткани. Частота встречаемости СГМС с учетом гендерных и этнических особенностей достигает 31,5% у пациентов молодого возраста. Клинические проявления СГМС чаще всего связаны с поражением костно-мышечной системы. Обязательное вовлечение костной ткани в процесс соединительнотканной дисплазии обуславливает необходимость исследования показателей костно-минерального метаболизма для диагностики и прогнозирования локомоторных осложнений и ассоциированных состояний при СГМС. Коррекция нарушений элементного минерального гомеостаза имеют существенное значение и широко используются при различных формах наследственных дисплазий соединительной ткани. Ряд эссенциальных минералов, в первую очередь, кальций, фосфор и магний, оказывают влияние на активность ферментов, процессы метаболизма и механическую прочность соединительной ткани. Мероприятия по целенаправленному выявлению и адекватному восполнению гипокальциемии и гипомagneзиемии активно используются в современных программах курации пациентов с соединительнотканными нарушениями. Особую актуальность коррекция нарушений обмена остеотропных минералов приобретает в молодом возрасте. Скелетные ткани в период пикового набора костной плотности чувствительны к неблагоприятным воздействиям, в том числе нутритивно-дефицитных состояний, а лечебно-профилактические стратегии, потенциально влияющие на метаболизм соединительной ткани, являются наиболее эффективными. Отклонения в минеральном гомеостазе ухудшают качественные характеристики костной ткани, обуславливают формирование остеопенического синдрома и относятся к достоверным факторам риска развития остеопороза и переломов. Исследование показателей минерального обмена и восполнение уровня кальция, обеспечивающего процессы

нейро-мышечной передачи, приобретает важное значение при СГМС. Как известно, мышечная сила и тонус периартикулярных мышц играют важную роль в поддержании функциональной активности и стабильности сустава, предупреждая развитие осложнений гипермобильного синдрома.

Целью нашего исследования явилась оценка фосфорно-кальциевого гомеостаза у пациентов с синдромом гипермобильности суставов.

Материал и методы. Показатели костного минерального обмена изучены у 80 пациентов (34 мужчин и 46 женщин) с СГМС в возрасте от 18 до 30 лет (средний возраст $22,9 \pm 3,8$ лет). Гипермобильный синдром диагностировали по шкале P. Beighton согласно действующим критериям. Исключение составляли больные с классифицируемыми наследственными заболеваниями. Определяли уровни кальция и фосфора в сыворотке крови, суточной экскреции кальция и фосфора с мочой. В контрольную группу были включены 25 человек, сопоставимых по полу и возрасту (средний возраст $22,3 \pm 3,6$ лет), без внешних признаков дисплазии соединительной ткани. Полученные результаты статистически обработаны. Количественные данные представлены в виде средней и стандартной ошибки средней ($M \pm m$). Достоверными считали различия при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. Выявленные в группе пациентов с СГМС особенности костного минерального обмена характеризовались незначительно сниженными или низконормальными показателями общего кальция крови на фоне сохраненного референсного значения фосфатемии. Гипокальциемии при этом имели 23,8% обследуемых с СГМС ($p \leq 0,05$), тогда как в контрольной группе этот показатель был в 3 раза меньше. Случаи гипокальциемии в исследуемой группе носили характер умеренно выраженных: $2,07 \pm 0,13$ ммоль/л у больных и $2,2 \pm 0,1$ ммоль/л в контроле. Раздельный анализ показателей кальция в крови у пациентов в зависимости от степени гипермобильности суставов особенностей не выявил: $2,06 \pm 1,9$ ммоль/л у пациентов со степенью гипермобильности 3–4 балла, $2,1 \pm 0,16$ ммоль/л – 5 баллов и $2,04 \pm 0,16$ ммоль/л при значительной (7–9 баллов) гипермобильности. Различия в уровнях фосфора в крови были минимальны: $1,48 \pm 0,12$ ммоль/л в группе СГМС и $1,46 \pm 0,18$ ммоль/л в контрольной. Показатели суточной кальций- и фосфатурии соответствовали референсным ($2,01 \pm 1,98$ ммоль/л/сутки и $16,74 \pm 7,74$ ммоль/л/сутки соответственно) и отклонений по сравнению с контролем не выявили. Таким образом, для целенаправленной коррекции и стабилизации минерального обмена у пациентов с синдромом гипермобильности суставов представляется необходимым исследование показателей фосфорно-кальциевого гомеостаза.

Благотворное влияние биологической терапии на иммуновоспалительные отклонения при ревматоидном артрите.

Саритхала В.Д., Ягода А.В., Корой П.В., Гладких Н.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Существенным достижением ревматологии последних десятилетий является внедрение в клиническую практику биологических модификаторов иммунного ответа, оказывающих селективное действие на гуморальные и клеточные компоненты воспалительного каскада при ревматоидном артрите. Вместе с тем, влияние

антицитокиновых препаратов на иммунологические нарушения при ревматоидном артрите до настоящего времени до конца не изучено. Целью исследования явилось определение влияния терапии ревматоидного артрита на некоторые показатели иммунного статуса. Материалы и методы. Обследовано 46 больных ревматоидным артритом (7 мужчин, 39 женщин) в возрасте от 22 до 64 лет (средний возраст $47,1 \pm 1,64$ лет), находившихся на обследовании и лечении на базе ревматологического отделения Ставропольской краевой клинической больницы. У 30 пациентов в качестве базисного противовоспалительного препарата использовался метотрексат (1-я группа), в 16 случаях (2-я группа) назначались биологические препараты (этанерцепт, тоцилизумаб). При статистической обработке использовали однофакторный дисперсионный анализ с вычислением критерия множественных сравнений (Ньюмена-Кейлса).

Результаты. Клинико-лабораторные и инструментальные составляющие ревматоидного артрита у больных обеих групп до лечения не различались. Вне зависимости от вида лечения отмечалось достоверное снижение уровня С-реактивного белка в сыворотке крови и СОЭ в динамике одного года терапии, с более низкими величинами изучаемых показателей в случаях использования биологических препаратов ($p < 0,05$). Содержание ревматоидного фактора и антител к циклическому цитрулинированному пептиду в крови достоверно не изменялось в процессе лечения, однако отмечена тенденция к более низким значениям в группе больных, получавших антицитокиновую терапию. В целом показатели активности заболевания по данным индекса DAS28 и общего состояния здоровья уменьшались на фоне лечения ($p < 0,05$) с достоверно более низкими значениями у пациентов, леченных этанерцептом и тоцилизумабом ($p < 0,05$).

Заключение. Показатели активности заболевания уменьшаются, а нарушения иммунного статуса нивелируются в динамике болезнью-модифицирующей терапии ревматоидного артрита, особенно в случаях применения биологических препаратов.

Вирусный гепатит С в патологии печени в Якутии.

Семенов С.И., Максимова С.С., Тихонова Н.Н., Никитина С.Г.

Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова, Научно-исследовательский институт здоровья, Якутск

Введение. Важной особенностью возбудителя гепатита С является его генетическая неоднородность. Выделяют шесть основных генотипов вируса (1–6), которые свою очередь подразделяются на субтипы (около 90 субтипов). По различным классификациям определяется 6, 11 и более генотипов ВГС и более 80 субтипов. Клиническое значение имеют следующие генотипы гепатита С: 1a, 1b, 2a, 2b и 3a. на территории России преобладает 1b и 3a генотипы. Характерными особенностями инфекции хронического вирусного гепатита С являются: циркуляция вируса в минимальных концентрациях и не имеющая прецедентов гетерогенность ВГС, которая является причиной его слабой иммуногенности, не приводящей к выработке полноценного протективного иммунитета. В связи с этим не исключается возможность повторного инфицирования.

Цель исследования. Проведение сравнительного исследования по изучению широты распространения вирусных гепатитов В, С и D среди этнических групп.

Материалы и методы. В 2014 году проведено обследование населения из разных районов республики на наличия вирусов гепатита В, С и D. Всего обследовано 293 человека. Возраст обследованных 16–55 лет. Для сравнения динамики заболеваемости вирусными гепатитами В, С и D были взяты данные исследований НИИ здоровья за 2002 по 2005 годы. Использовали методы ИФА и ПЦР.

Результаты. При сравнении данных исследований 2014 года с аналогичными данными 2002 года по выявлению циркуляции вирусов гепатита В, С и D методом ИФА среди населения республики отчетливо прослеживается следующая тенденция – резкое снижение выявляемости вируса гепатита В соответственно и вируса гепатита D. За тот же период исследований отмечается повышение уровня обнаружения вируса гепатита С. Уровень заболеваемости вирусным гепатитом В и D в Российской Федерации существенно изменился в сторону снижения, что связано с результатами работы по предупреждению инфицирования вирусом гепатита В благодаря осуществлению программ вакцинопрофилактики гепатита В. Также изменился характер этиологической структуры хронических вирусных гепатитов. В этиологической структуре хронических вирусных гепатитов в исследуемых территориях республики преобладал хронический вирусный гепатит С, чья доля составляла 35,7% и, что особенно настораживает, весьма значительным удельным весом хронического гепатита смешанной этиологии В+С-17,1%. Исследования 2002 года свидетельствуют, что до введения программы вакцинопрофилактики вирусного гепатита В новорожденных детей и взрослого населения ситуация по парентеральным вирусным гепатитам была прямо противоположной, а именно преобладали вирусные гепатиты В (32,4%) и D (24,5%). Кроме того, о высокой активности эпидемического процесса вирусных гепатитов с парентеральным механизмом передачи возбудителей свидетельствует наличие хронических вирусных гепатитов смешанной этиологии (ХГВ+ХГС), чей удельный вес составил 17,1%, против 4,9% в 2002 году. Доля хронического вирусного гепатита D в структуре хронических вирусных гепатитов беспрецедентно высока на территории республики. Особое беспокойство вызывает тот факт, что вирус гепатита D вызывает, как правило, очень тяжелые формы хронического гепатита, в короткий срок приводящие к циррозу печени. У больных хроническим гепатитом С был определен генотип вируса гепатита С. Наибольшей частотой обнаружен генотип ВГС 1b у 11 больных (64,7%). Еще у 3 больных тестирован генотип ВГС 3a (17,6%), у 2-х – 1 (11,7%) и у одного 1a (5,8). Каких-либо особенностей распределения по районам республики генотипов вируса гепатита С и клинического течения заболевания у пациентов с различными генотипами ВГС обнаружено не было. При анализе активности патологического процесса в печени при инфицировании генотипом 1b вируса гепатита С значительно чаще (в 70%) формировался стадия цирроза печени.

Выводы. Исследования позволили констатировать определенную положительную тенденцию в отношении динамики заболевания хроническим вирусным гепатитом В, которая за 12 лет в республике стабильно и существенно снижается. Однако, заболеваемость хроническим гепатитом С выросла и в этиологической структуре устанавливается ведущая роль гепатита С, чей удельный вес составил 35,7%. В отношении генотипов вируса гепатита С мы наблюдаем существенное преобладание генотипа 1b – 64,7%, 1a – всего 5,8%. Этот факт можно объяснить тем, что вирус гепатита С генотипа 1b имеет более высокую вирусную нагрузку по сравнению с другими генотипами, в связи с чем чаще (в 70%) и в короткие сроки происходит формирование цирроза печени.

Удовлетворенность материально-техническим оснащением стационара и поликлиник: опрос пациентов кардиологического стационара.

Семенова О.Н., Наумова Е.А., Булаева Ю.В.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов

Цель: выявить удовлетворенность материально-техническим оснащением стационара и поликлиники у пациентов, находящихся на госпитализации в кардиологическом стационаре. Материалы и методы: в 2014 г. пациентам кардиологического стационара задавался вопрос об удовлетворенности их материально-техническим оснащением (наличие диагностической аппаратуры, лабораторной диагностики и т.д.) стационара, в котором они лечатся, и поликлиники по месту жительства. При ответе на вопрос пациенты могли выбрать одно из утверждений: «Полностью удовлетворены», «Больше удовлетворены, чем не удовлетворены», «Затрудняюсь ответить», «Больше не удовлетворены, чем удовлетворены», «Не удовлетворены».

Результаты: участвовало 70 пациентов: 40 (57,1%) мужчин и 30 (42,9%) женщин, 58 (82,9%) пенсионного возраста, 12 (17,1%) не пенсионного возраста, медиана возраста 67 лет. В анамнезе у 62 (88,6%) пациентов – артериальная гипертония, у 54 (77,1%) – гипертонические кризы, у 54 (77,1%) – ИБС, у 24 (34,3%) – перенесенный инфаркт миокарда, у 38 (54,3%) – нестабильная стенокардия, у 52 (74,3%) – ХСН, у 26 (37,1%) – нарушения ритма, у 16 (22,9%) – фибрилляция предсердий, у 2 (2,9%) – трепетание предсердий, у 12 (17,1%) – желудочковая экстрасистолия, у 12 (17,1%) – ОНМК, у 12 (17,1%) – сахарный диабет. Курят 12 (17,1%) пациентов. У 6 (8,6%) пациентов ИМТ в норме, у 64 (91,4%) – ожирение: 1 степени – 42 (60%), 2 степени – 18 (25,7%), 3 степени – 4 (5,75). Поступили в экстренном порядке 62 (88,6%) пациентов, в плановом – 8 (11,4%), впервые и в текущем году 46 (65,7%), повторно – 24 (34,3%). Полностью удовлетворены материально-техническим оснащением в стационаре 40 (57,1%) пациента и 22 (31,4%) – в поликлинике. Оснащением больше удовлетворены, чем не удовлетворены в стационаре 10 (14,3%) пациентов и 4 (5,7%) в поликлинике. Больше не удовлетворены, чем удовлетворены материально-техническим обеспечением стационара 6 (8,6%) пациентов и 16 (22,9%) в поликлинике. Не удовлетворены материально-технической базой стационара 2 (2,9%) пациента, поликлиники – 12 (17,1%). Затруднились ответить на предмет удовлетворенности материально-техническим оснащением в стационаре 6 (8,6%) пациентов, в поликлинике – 10 (14,3%). Не ответили по поводу удовлетворенности материально-техническим обеспечением в стационаре 6 (8,6%) человек, в поликлинике – 6 (8,6%).

Выводы: пациенты, находящиеся на госпитализации в кардиологическом стационаре, больше удовлетворены материально-техническим оснащением стационара, нежели поликлиники по месту жительства, что может влиять на приверженность к длительной терапии, и требует дальнейшего изучения.

Клинико-морфологические параллели у больных хронической обструктивной болезнью легких, сочетанной с деформирующим остеопорозом.

Скиба Т.А.

Луганский государственный медицинский университет, Луганск

Коморбидность с деформирующим остеоартрозом (ОА) у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) встречается часто в возрасте старше 40 лет. При каждом из заболеваний имеют место локальное и системное воспаление, что определяет особенности их течения. Ключевыми медиаторами воспаления являются цитокины, и среди них при ХОБЛ – интерлейкин-8 (IL-8). Однако влияние коморбидного ОА на выраженность локального и системного воспаления при ХОБЛ изучено недостаточно.

Цель работы – провести сравнительное изучение концентрации IL-8 в сыворотке крови и конденсате влаги выдохнутого воздуха (КВВВ) у больных ХОБЛ, а также ХОБЛ, сочетанной с ОА, и изучить состояние пристеночного рН трахеобронхиального дерева (ТБД) у этих больных. Материалы и методы. Исследование проведено у 47 больных с ХОБЛ клинической группы В в стадии обострения, в т.ч. у 20 пациентов с ХОБЛ, а также у 27 пациентов с ХОБЛ, сочетанной с ОА вне обострения. Определяли концентрацию IL-8 в сыворотке крови и конденсате влаги выдохнутого воздуха (КВВВ). Пристеночное рН ТБД измеряли методом компьютерной внутр-риполостной рН-метрии (Чернобровый В.М. и соавт., 1999) на симметричных участках ТБД от килля трахеи до устьев субсегментарных бронхов. Для разработки нормативных показателей были обследованы 25 здоровых добровольцев такого же возраста и пола. Результаты. Самые высокие показатели концентрации IL-8 были отмечены в КВВВ пациентов с ХОБЛ, сочетанной с ОА. Содержание IL-8 в КВВВ больных с коморбидностью ХОБЛ и ОА было выше значений практически здоровых лиц в 3,4 раза ($p < 0,05$), в 1,4 раза достоверно превышало аналогичные показатели в сыворотке крови больных этой группы и в 1,3 раза – таковые в КВВВ больных с ХОЗЛ без коморбидности с ОА. При фибробр-рентгоскопии диффузный катарально-гнойный эндобронхит был диагностирован у 8 (40 %) больных с ХОБЛ, а также у 16 больных ХОБЛ, сочетанной с ОА (59,2 %), гнойный – соответственно у 12 (60 %) и у 11 (40,8 %). При исследовании пристеночного рН у пациентов с ХОБЛ выявлено его смещение в щелочную сторону, а градиент рН на симметричных участках ТБД «киль трахеи-устья субсегментарных бронхов» повышался на 3% по сравнению с нормой. Частота выявления патогенной и условно патогенной микрофлоры в ТБД больных возрастала наряду со смещением рН в щелочную сторону и активностью эндобронхита. При ХОБЛ, сочетанной с ОА, градиент рН повышался более значительно – на 3,8%.

Выводы. У пациентов с ХОБЛ, сочетанной с ОА, отмечается более высокая степень локального воспаления по сравнению с больными ХОБЛ без коморбидности с ОА, которая проявляется большей частотой встречаемости диффузного гнояного эндобронхита. Высокая активность локального воспаления в ТБД у больных с сочетанным течением ХОЗЛ и ОА соотносится со смещением рН ТБД в щелочную сторону и увеличением градиента рН на симметричных участках ТБД «киль трахеи-устья субсегментарных бронхов», а также с повышенной концентрацией IL-8 в КВВВ по сравнению с ее показателями в сыворотке крови, в КВВВ у здоровых лиц и аналогичной у больных ХОБЛ без коморбидности.

Соотношение клинической и патоморфологической оценок повреждения почек у пациентов с инфарктом миокарда.

Скородумова Е.А., Костенко В.А., Ильина В.А., Северина А.В., Фёдоров А.Н., Ляховец Е.Г.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

Цель: оценить хроническую болезнь почек (ХБП) у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) как фактор риска развития тяжелого

острого канальцевого повреждения (ОКП) в госпитальный период заболевания.

Материалы и методы. Проанализировано 53 патолого-анатомических протокола секционных исследований умерших пациентов, проходивших лечение от инфаркта миокарда в 2012–2013 гг. в ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе. Вся когорта погибших больных разделена на группы: в первую (I) вошли 26 умерших в острый период ИМ с ХБП в анамнезе со снижением скорости снижения клубочковой фильтрации (СКФ) до 30 мл/мин/1,73м², во вторую (II) – 27 человек без ХБП и без снижения СКФ. В зависимости от выраженности клинических проявлений хронического повреждения почек (ХПП) и острого канальцевого повреждения (ОКП) были определены следующие стадии. На 1-й стадии хронические изменения почек не давали клинических проявлений и не определялись при ультразвуковом исследовании. При 2–3 стадии ХПП подтверждалось при ультразвуковом исследовании и манифестировало клиническими проявлениями. Выраженность ОКП разделялась по степеням: при первой были выявлены минимальные повреждения эпителия канальцев, которые клинически себя не проявляли. 2-я (умеренная) и особенно 3-я степень (тяжелая) ОКП, как правило, сопровождалась клинической симптоматикой. Для характеристики функционального состояния почек использовались Рекомендации K/DOQI (2002). Для оценки достоверности различий между двух выборок использован непараметрический критерий – угловое преобразование Фишера(ф). Производился расчет отношения шансов (ОШ), абсолютного и относительного рисков (ОР) с 95% доверительным интервалом (ДИ). Результаты и обсуждение. В данном исследовании причины летальных исходов распределились следующим образом: от острой левожелудочковой недостаточности (ОЛЖН) III–IV классов по Killip умерло 34 человека (64,1%), от рецидива ИМ – 8 (15,1%); 9 пациентов (17,0%) погибли от тромбоза ветвей легочной артерии (ТЭВЛА) и у 2 (3,8%) больных причиной смерти стал разрыв миокарда. Основной причиной смерти явилась ОЛЖН III–IV классов по Killip, которая в группе с ИМ и ХБП составила 18 (69,2%) против 14 (51,9%) второй, достоверных различий не получено, $p > 0,05$. На втором месте – ТЭВЛА: в I группе определялась у 2 (7,7%) погибших, во II – 7 (25,9%), $p < 0,05$. Рецидивы ИМ занимали третье место, в выборке с ХБП встречались в 3 раза чаще 6 (23,1%), чем в контрольной 2(7,4%), $p < 0,05$. Морфологическая характеристика поражения почек при ИМ у погибших больных была представлена в группе с ХБП – ОКП 1 степени у 53,8%, в выборке с ИМ без ХБП у 81,5%, что было существенно больше по сравнению с первой группой, $p < 0,05$. А вот ОКП 2-3 степени встречалось в 2,4 раза чаще у пациентов с ХБП: 12(46,2%) против 5(18,5%), $p < 0,05$. При определении ОШ, шанс найти при морфологическом исследовании ОКП 2-3 степени в группе умерших с ХБП был в 3,8 раза выше, чем в группе без дисфункции почек в анамнезе. Различия достоверны, $p < 0,05$. ОР развития ОКП 2–3 степени при инфаркте миокарда с ХБП возрастал в 2,5 раза (0,46) по сравнению с группой умерших без ХБП (0,19) при ДИ 95% (1,02;6,09). Изменения достоверны, $p < 0,05$. При этом чувствительность составила 70,6%, специфичность 61,5%.

Выводы 1. У пациентов, умерших в острый период ИМ, независимо от наличия или отсутствия ХБП, в структуре смертности преимущественное положение занимала ОЛЖН. 2. В группе с инфарктом миокарда и ХБП в 3 раза чаще регистрировались рецидивы ИМ, однако на развитие ТЭВЛА хроническая почечная дисфункция значимого влияния не оказывала. 3. Острое канальцевое повреждение 2–3 степени определялось в 2,5 раза чаще у пациентов с ХБП, умерших в острый период ИМ. 4. ХБП может рассцениваться как независимый фактор риска развития тяжелого повреждения канальцев почек при ИМ.

Особенности предгипертензии и артериальной гипертензии при ревматоидном артрите у женщин.

Стародубова Ю.Н., Осипова И.В., Сопотова И.В.

Алтайский государственный медицинский университет,
Городская больница №4, Барнаул

Цель: изучить особенности предгипертензии и артериальной гипертензии у женщин в зависимости от давности ревматоидного артрита.

Материалы и методы: в исследование включены 61 женщина ранним ревматоидным артритом (РА), длительностью менее 1 года. Диагноз РА был верифицирован на основании классификационных критериев РА ACR/EULAR (2010). Средний возраст 51 (24; 65) год. Проводился подсчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ), оценка факторов риска, определение суммарного кардиоваскулярного риска (КВР) по шкале SCORE и в модификации EULAR (mSCORE). Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью пакета программ «Statistica 10».

Результаты: у пациенток ранним РА предгипертензия (предАГ) встречается в 22%, в 1,4 раза чаще за счет повышения ДАД, диагностирована впервые с постановкой диагноза РА в 100%. Артериальная гипертензия (АГ) выявлена 68% (впервые 13%). Уровни АД при предАГ: САД 130(135)139\ДАД80(84)89 мм рт ст.; при АГ: САД 140(146)221\ДАД81(91)102 мм рт ст. Число факторов риска (ФР) при предАГ- 6(8)12 и АГ-7(9)12. При анализе основных ФР выявлено, что при предАГ и РА: гиперхолестеринемия встречалась в 2,1 раза чаще, чем при АГ и РА (49 и 23% соответственно), по повышению СРБ в 1,9 раза (89 и 48%), высокая активность по DAS 28 (>5,1) в 1,9 раза (76 и 43% соответственно), тревога\депрессия в 1,5 раза (64 и 42% соответственно) (p<0,05), абдоминальное ожирение (ОТ) в 1,1 раза чаще (56 и 52% соответственно) (p<0,05). При АГ и РА чаще, чем при предАГ и РА встречались ФР: курение в 1,5 раза (14 и 9%), тахикардия в 1,2 раза (57 и 44%), гипергликемия в 1,1 раза (10 и 8%), ранний семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний в 1,1 раза (9 и 8% соответственно) (p<0,05). Поражения органов мишеней чаще встречались при АГ и РА: ГЛЖ в 3,8 раза (АГ 100%, предАГ 26%), кальцинированность артерий нижних конечностей (лодыжечно-плечевой индекс 1,4) в 2,1 раза (АГ 28% и предАГ 13%), стеноз сосудов нижних конечностей (лодыжечно-плечевой индекс 0,8) в 1,8 раза (АГ 15%, предАГ 8%) (p<0,05). Ассоциированные клинические состояния встречались чаще при АГ и РА: хроническая болезнь почек (ХБП) в 1,2 раза (34% и 29% соответственно), при этом средний уровень СКФ в 1,3 раза ниже при предАГ (70 и 88 мл\мин\1,73м²), ИБС в 14% только при АГ и РА (p<0,05). Прочие ассоциированные клинические состояния (инфаркт миокарда, ИБС, нарушение мозгового кровообращения) при раннем РА не были выявлены. При оценке суммарного КВР по шкале SCORE выявлено, что при АГ и РА: очень высокий риск в 2,1 раза (30 и 14% соответственно), высокий риск в 1,4 раза (45 и 31% соответственно) встречаются чаще, средний и низкий риски по 12% (p<0,05). По шкале mSCORE риски не отличались при АГ и РА, предАГ и РА (очень высокий 31 и 31%, высокий 44 и 42%, средний и низкий по 14% соответственно).

Заключение и выводы. Таким образом, предАГ и АГ имеет следующие особенности: факторы риска встречаются одинаково часто и определяют развитие КВР, вклад хронического воспаления в развитие предАГ и АГ имеет важное значение уже на ранней

стадии РА. При предАГ и АГ (29, 34%) пациенток имеют ХБП уже на ранних стадиях РА, что является дополнительным фактором риска сердечно-сосудистых осложнений. Более половины пациенток имеют очень высокий и высокий КВР (mSCORE 75 и 63%, SCORE 74 и 45% соответственно).

Вклад факторов риска в развитие сердечно-сосудистых заболеваний при ревматоидном артрите у женщин.

Стародубова Ю.Н., Осипова И.В., Сопотова И.В.

Алтайский государственный медицинский университет,
Городская клиническая больница №4, Барнаул

Цель и задачи: оценить вклад факторов риска в развитие сердечно-сосудистых заболеваний при ревматоидном артрите у женщин.

Материалы и методы: в исследование включены 204 женщины, средняя продолжительность ревматоидного артрита (РА) 7(109)382 месяца, средний возраст 55,3±6,8 лет. Были разделены на 2 группы: 1-я с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) (n=92), 2-я без сердечно-сосудистых заболеваний (n=112). В 1-ой группе пациентки были достоверно старше 59,4±4,7 лет, чем во 2-ой 49,2±2,3 лет (p>0,05). Диагноз РА установлен на основании критериев ACR\ EULAR 2010г. Статистическая обработка с помощью пакета программ «Statistica 10», для оценки рисков использовались отношения шансов (ОШ), рассчитываемые вместе с доверительным интервалом (ДИ) и уровнем значимости p<0,05, с помощью «MedCalc».

Результаты. В 100% пациентки с РА имели факторы риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний. Среднее число ФР приходится на 1 пациентку 8,3±1,2 (p>0,05). При анализе основных факторов риска выявлено, что развитие сердечно-сосудистых заболеваний (в порядке увеличения) повышают такие факторы риска: снижение холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП) в 1,5 раз (p=0,05), абдоминальное ожирение (ОТ) в 1,6 раз (p=0,05), повышенное содержание триглицеридов (ТГ) в 1,6 раз (p=0,05), тахикардия в 2,3 раза (p=0,02), индекс атерогенности (ИА) в 2,4 раза (p=0,007), оценка боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ >50 мм) в 2,5 раз (p=0,05), повышение общего холестерина (ОХС) в 2,6 раз (p=0,006), ожирение (ИМТ≥30 кг\м²) в 2,6 раз (p=0,002), повышение холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП) в 2,9 раз (p=0,004), стресс/депрессия в 3,1 раза (p=0,02), антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) в 3,3 раза (p=0,01), ревматоидный фактор (РФ) в 3,6 раз (p=0,02), длительность РА более 1 года в 3,8 раза (p=0,01), тревога в 3,9 раза (p=0,01), менопауза до 45 лет в 3,9 раза (p=0,03), СРБ в 4,0 раза (p=0,001), семейный анамнез ранних ССЗ в 4,6 раза (p=0,02), курение в 6,2 раза (p=0,001), высокая активность по DAS 28 (>5,1) в 6,6 раза (p=0,001), артериальная гипертензия (АГ) в 7,3 раза (p=0,001).

Выводы. Развитие ССЗ при РА повышают такие факторы риска: снижение ХС-ЛПВП, ОТ, повышенное содержание ТГ, тахикардия, повышение ИА, ВАШ>50 мм, повышение ОХС, ожирение, повышение ХС-ЛПНП, стресс/депрессия, тревога, менопауза до 45 лет, семейный анамнез ранних ССЗ, курение, АГ (p>0,05). Наряду с традиционными ФР важное значение имеет активность РА: АЦЦП, РФ, СРБ, DAS 28 (>5,1) и длительность РА (p>0,05). Таким образом, РА при наличии ФР является пусковым механизмом для развития ССЗ, что требует более детального изучения и активных профилактических вмешательств с более жестким контролем факторов риска.

Анализ опыта эффективной профилактики венозных тромбоэмболических осложнений у пациентов пожилого и старческого возраста с коморбидной патологией после эндопротезирования суставов нижних конечностей.

Стешина Т.Э., Шаповаленко Т.В., Лядов К.В.

Лечебно-реабилитационный центр, Москва

Цель исследования: оценить эффективность комплексного подхода к профилактике венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) у пациентов пожилого и старческого возраста с коморбидной патологией после эндопротезирования суставов нижних конечностей. Материал и методы исследования. Проведено клиническое, лабораторное, инструментальное обследование 97 пациентов пожилого и старческого возраста, госпитализированных в отделение восстановительного лечения и реабилитации в раннем послеоперационном периоде (на пятые сутки) после планового эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава по поводу остеоартроза. Женщины составляли большинство пациентов (76,5% против 23,5% мужчин), их средний возраст был 69,75±6,96 лет; средний возраст мужчин составлял 66,45±6,74 лет. В структуре сочетанной патологии преобладала гипертоническая болезнь, которая отмечалась у 82,4% пациентов, 12,5% пациентов в анамнезе указывали на перенесенный инсульт. У 29,9% пациентов имелась ишемическая болезнь сердца, 6,3% больных страдали сахарным диабетом 2 типа. У 62,1% больных имелся хронический гастродуоденит. Язвенной болезнью желудка или 12-перстной кишки страдали 12,8% пациентов. Постгеморрагическая анемия, связанная с интраоперационной кровопотерей, выявлялась в 58,8% наблюдений (анемия легкой степени регистрировалась у 41,2% пациентов, средней тяжести – у 17,6%). Варикозное расширение вен нижних конечностей, как один из значимых факторов тромбогенного риска, отмечалось у 60,1% пациентов. В среднем у пациентов было 3,73±1,18 (от 3 до 6) коморбидных заболеваний. Комплексное клиничко-инструментальное обследование включало в себя объективный осмотр, оценку лабораторных данных, ЭКГ. Кроме того, всем пациентам было проведено ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДАС) сосудов нижних конечностей на ультразвуковой системе Esaote My Lab 70 на 2–3 сутки после оперативного лечения и на 13–14 сутки после операции при завершении реабилитационных мероприятий. Учитывая высокий риск тромбообразования, обязательный комплекс профилактических мероприятий включал эластическую компрессию нижних конечностей, раннюю (с первых суток) послеоперационную активизацию, а также профилактические дозы антикоагулянтных препаратов. Программа реабилитации была направлена на уменьшение болевого и отека синдромов, укрепление мышц нижних конечностей и ягодиц, увеличение объема движений в оперированном суставе, восстановление правильного стереотипа ходьбы, повышение толерантности к физической нагрузке и включала в себя: лечебную гимнастику индивидуально с инструктором, разработку движений в суставе на специальном артрологическом комплексе «Artromot», выработку стереотипа ходьбы на дорожке с биологической обратной связью, магнито- и лазеротерапию. При отсутствии венозного тромбоза также проводились электромиостимуляция и массаж оперированной конечности в электростатическом поле по аппарату «Hivamat».

Период наблюдения составил от 12 до 16 дней (в среднем 14,02±1,10 дней).

Результаты. УЗДАС сосудов нижних конечностей, проведенное на 2–3 сутки после операции, продемонстрировало отсутствие венозного тромбоза у 95,8% пациентов. У 4,2% больных был выявлен дистальный тромбоз глубоких вен (ТГВ) (одного или нескольких мышечно-венозных синусов, задней большеберцовой вены) оперированной конечности. Этим пациентам назначался низкомолекулярный гепарин в лечебных дозах. При проведении контрольного исследования во всех случаях ТГВ отмечалась положительная динамика тромбоза в виде реканализации тромбов. У остальных пациентов случаев тромбоза глубоких вен, а также тромбоэмболии легочной артерии выявлено не было. За период наблюдения не было отмечено значимых кровотечений, в том числе и со стороны послеоперационной раны, а также утяжеления степени анемии. Более того, к моменту завершения реабилитационного лечения лабораторные признаки анемии регистрировались лишь у 32,1% пациентов, при этом во всех случаях они соответствовали ее легкой степени.

Выводы. Таким образом, у пациентов с высоким риском развития ВТЭО, к которым относятся больные пожилого и старческого возраста с коморбидной патологией после эндопротезирования суставов нижних конечностей, комплексный подход с применением реабилитационных методик позволяет добиться эффективной и безопасной профилактики этих грозных осложнений.

Применение лазерной терапии в комплексном лечении больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Тадтаева Д.Я., Бурдули Н.М.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ

Цель: изучить влияние низкоинтенсивного лазерного излучения на уровень простагландинов E₂, F_{2α} и состояние вегетативной нервной системы по данным вариабельности сердечного ритма у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Клинической больницы скорой помощи г. Владикавказа. В исследовании приняли участие 112 больных из них 43 мужчин и 69 женщин (средний возраст 47,2 ±12,6). Все больные были разделены на две группы: контрольную (34 человека) и основную (78 человек). Группу сравнения составили 30 практически здоровых лиц, которые были обследованы для получения средних нормальных значений изучаемых показателей. Для лечения больных использовалась традиционная медикаментозная терапия в соответствии со стандартом лечения ГЭРБ. В качестве ингибитора протонной помпы, как в основной, так и в контрольной группах использовали ультоп (производитель «КРКА», Словения), в дозе 20 мг 2 раза в день, утром натощак за 30 минут до еды и в 22 часа перед сном. Тримедат (производитель Дэ Хан Нью Фарм Ко. ЛТД, Сеул, Корея) назначался в обеих группах в дозе 100 мг 3 раза в день за 30 минут до еды. Гевискон (производитель Рекитт Бенклизер Хелскэр Лимитед, Великобритания) использовали как антацидный препарат в дозе 10 мл 3 раза в день через 20–30 минут после приема пищи. Большим основной группы дополнительно к традиционной терапии осуществлялся десятидневный курс внутривенной лазерной терапии, который проводился с помощью аппарата лазерной терапии

«Матрикс – ВЛОК» (производство фирмы «Матрикс», Россия) с длиной волны 0,405 мкм, мощностью излучения на выходе из магистрального световода 1–1,5 мВ, непрерывный режим излучения. Исследуемые показатели определялись до и после лечения.

Результаты: полученные данные свидетельствовали о нормализации уровня противовоспалительных простагландинов E2, F2α, а также об улучшении показателей вариабельности сердечного ритма.

Заключение: включение внутривенного лазерного облучения крови в комплексную терапию ГЭРБ сопровождается достоверным улучшением показателей вариабельности сердечного ритма и коррекцией простагландиновой системы.

Метаболический синдром и его структура у больных хроническими и острыми формами ИБС с сопутствующими ХОБЛ в условиях Севера.

Терентьева Н.Н., Маренина Т.В., Попова М.А.

Сургутский государственный университет, Сургут

Цель. Оценить вклад признаков, определяющих метаболический синдром, показателей воспаления и гемореологии в характер течения ИБС на фоне ХОБЛ.

Материалы и методы исследования. Критерии включения: возраст до 60 лет, мужской пол, наличие у больных ИБС документированной ХОБЛ по показателю ОФВ1 согласно Рекомендациям европейского респираторного общества (77). Определена частота метаболических факторов, составляющих метаболический синдром по критериям ВОЗ (1999) в группах больных ИБС с сопутствующими ХОБЛ. Обследовано: 68 больных с сочетанием стабильной стенокардии I-III ФК и ХОБЛ с документированной ИБС не менее чем в течение 5 лет без острых коронарных событий в анамнезе; 54 больных, перенесших на фоне ХОБЛ Q-инфаркт миокарда, развившийся в течение первого года после начала появления ангинозных болей (без длительного анамнеза по ИБС). Группы сравнения составили: 53 больных стабильной стенокардией I-III ФК без сопутствующих ХЗОД; 51 больной, перенесший Q-инфаркт миокарда, без сопутствующих ХЗОД.

Результаты. При стабильной стенокардии у мужчин без ХЗОД метаболический синдром встречался чаще, чем у пациентов, перенесших инфаркт миокарда. При развитии клинических форм ИБС на фоне ХОБЛ эта тенденция сохранялась. При кластерном анализе методом построения деревьев классификации были выявлены комбинации метаболических факторов, наиболее часто встречающиеся при хронической и острой формах ИБС на фоне ХОБЛ. Следует отметить, что среди нарушений липидного обмена при сочетании стабильной стенокардии и ХОБЛ в три кластера из четырех входила ГХС и только в один – ГТГ. АГ вошла во все кластеры у больных с сочетанием стабильной стенокардии и ХОБЛ. У данной категории пациентов выявлены группы как с высокой степенью ожирения, так и с предожирением. При развитии инфаркта миокарда на фоне ХОБЛ в три кластера из четырех вошла ГТГ. Артериальная гипертензия – только в два кластера при манифестации ИБС развитием инфаркта миокарда на фоне ХОБЛ. СД 2 типа вошел в два кластера в обеих группах больных.

Выводы. Метаболический синдром у мужчин трудоспособного возраста встречается при сочетании стабильной стенокардии и ХОБЛ в 49,3%, при стабильной стенокардии без сопутствующих ХЗОД – в 58,4% случаев. В структуре метаболических нарушений при стабильной

стенокардии на фоне ХОБЛ преобладают гликемия натощак (39,7%), IIa (50,0%) и IIb (35,3%) фенотип гиперлипидемии, ИМТ и ожирение (92,4%), АГ II-III степени (98,5%). Метаболический синдром у мужчин трудоспособного возраста, перенесших инфаркт миокарда как дебют ИБС на фоне ХОБЛ, регистрируется в 26,6% случаев, при инфаркте миокарда без сопутствующих ХЗОД – в 41,4% случаев. В структуре метаболических нарушений преобладает нарушение толерантности к глюкозе (14,8%) и сахарный диабет 2 типа (12,9%), базальная и постпрандиальная гиперглицемия, IIb (48,1%), IIa (33,3%) и IV (12,9%) фенотипы гиперлипидемий, ИМТ и ожирение (71,2%), АГ II-III степени (100%).

Влияние физических нагрузок на уровень провоспалительных цитокинов у лиц молодого возраста с признаками дисплазии соединительной ткани.

Тихомирова Н.Ю., Елисеева Л.Н., Харитонов А.А., Федак С.В., Мизина Ю.С., Яковлева Е.В.

Кубанский государственный медицинский университет, Научно-исследовательский институт - Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского, Краснодар

Цель: разработка рекомендаций по физической активности для лиц с признаками дисплазии соединительной ткани.

Задачи: оценить влияние физических нагрузок на показатели цитокинового статуса у лиц молодого возраста с признаками дисплазии соединительной ткани.

Материалы и методы: нами было обследовано 42 человека (12 мужчин и 30 женщин) в возрасте от 20 до 23 лет. Всем обследованным было выполнено антропометрическое исследование (рост, вес, измерение размаха рук, длины кисти, длины стопы, высоты свода стопы), определение мобильности суставов с помощью теста Beighton, осмотр на предмет выявления сколиотической деформации позвоночника, гиперлордоза поясничного отдела позвоночника, воронковидной деформации грудной клетки, УЗИ сердца и органов брюшной полости. Кроме того, был произведен забор крови из локтевой вены для определения ИЛ-6 до и после физической нагрузки. По результатам лабораторных исследований были выделены 2 группы. В группу 1 вошло 23 человека (16 девушек), у которых уровень ИЛ-6 после нагрузки повысился, а в группу 2 – 19 человек (14 девушек), у которых уровень ИЛ-6 после нагрузки понизился. Физическая нагрузка заключалась в занятии на тредмиле в течение 30 минут под контролем пульса и частоты сердечных сокращений. Накануне пробы с физической нагрузкой и в день ее выполнения всем обследуемым был рекомендован стандартизованный план физической активности. При статистическом анализе данных использовалась программа Microsoft Excel.

Результаты. В группе 1 чаще, чем в группе 2 встречались такие признаки ДСТ как ВДГК (17,4%), гиперкифоз грудного отдела позвоночника (21,7%), ПМК (52,2%), неправильный рост зубов (34,8%), варикозное расширение вен нижних конечностей (13%), легкое образование гематом (13%), атрофические стрии (34%), соотношение размах рук/рост $\geq 1,05$ (21,7%), ГМС (65,2%), удлинение краевых отделов митрального клапана (21,7%).

Выводы: физическая активность у лиц с такими признаками ДСТ, как ВДГК, гиперкифоз грудного отдела позвоночника, ПМК, неправильным ростом зубов, варикозным расширением вен нижних

конечностей, легким образованием гематом, атрофическими стриями, соотношением размах рук/рост \geq 1,05, ГМС, удлинением краевых отделов митрального клапана повышает уровень провоспалительных цитокинов и требует индивидуально подобранного комплекса физических нагрузок.

Оценка воспалительной нагрузки при хобл путем определения содержания в крови маркеров воспаления.

Толстых Е.М., Никитин В.А., Попов А.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Оценка воспалительной нагрузки при ХОБЛ путем определения содержания в крови маркеров воспаления. В настоящее время изучение системного воспаления при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) сосредоточено на двух аспектах. Во-первых, представляется перспективной оценка воспалительной нагрузки путем определения содержания в крови маркеров воспаления. Во-вторых, в настоящее время общепризнано, что для ХОБЛ характерно развитие ряда внелегочных патологий и сопутствующих заболеваний. Какими бы ни были эти общие патогенетические механизмы, ясно одно: сердечно-сосудистые заболевания, остеопороз и ряд других «внелегочных» проявлений ХОБЛ связаны с наличием хронического системного воспаления.

Целью исследования было определение в крови больных ХОБЛ маркеров хронического системного воспаления ИЛ-8, ФНО- α , повышение концентрации которых течением времени приводит к присоединению сердечно-сосудистого заболевания. Было обследовано 50 больных ХОБЛ II, средней степени тяжести, дн II, в возрасте от 42 до 57 лет, 37 мужчин и 13 женщин. Исследование цитокинового профиля в периферической крови пациентов осуществляли с помощью метода иммуноферментного анализа с тест системами ЗАО «Вектор-Брест» (Новосибирск). Регистрационный номер наборов реагентов для определения ИЛ-4: А-8754, ИЛ-8: А-8763, α -ФНО: А-8756. Исследование проводили в научно-исследовательской лаборатории ВГМА им.Н.Н. Бурденко. Забор крови проводили утром, натощак, из локтевой вены в количестве 5 мл. Взятую кровь центрифугировали 15 минут при скорости 3000 оборотов/мин. Полученную сыворотку крови хранили в морозильной камере при температуре минус 20 $^{\circ}$ С в течение 3-х месяцев. Перед постановкой анализа замороженные образцы были быстро разморожены при t+26 $^{\circ}$ С и тщательно перемешаны до однородной консистенции, набор реагентов извлекали из холодильника и прогревали до t + 23 $^{\circ}$ С в течение 30 мин.

Результаты ИФА регистрировали с помощью спектрофотометра «УНИПЛАН» фирмы «PICON». У всех пациентов было обнаружено повышение содержание в сыворотке крови маркеров хронического системного воспаления ИЛ-8(в среднем 3,8 пг/мл) и ФНО- α (в среднем 30,4 пг/мл). Таким образом, для хронической обструктивной болезни легких характерно респираторное и системное воспаление, интенсивность которого нарастает в периоды обострений. Возможно, что распространение интенсивного локального воспаления в дыхательных путях в систему кровообращения способствует увеличению концентрации специфических системных воспалительных маркеров и с течением времени приводит к развитию сердечно-сосудистых заболеваний других «внелегочных» проявлений ХОБЛ.

Частота коморбидной патологии в зависимости от тяжести ишемической болезни сердца.

Усачева Е.В., Бунова С.С., Нелидова А.В., Замахина О.В.

Омский государственный медицинский университет, Омск

Цель. Определить частоту встречаемости коморбидной патологии в зависимости от тяжести ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы. В исследование вошло 159 пациентов с ИБС в возрасте 55,0 \pm 6,8 лет. Протокол исследования утвержден локальным Этическим комитетом ГБОУ ВПО «ОмГМУ». Все пациенты разделены на 4 группы, сопоставимые по полу и возрасту (p>0,05): 1 группа – 17 пациентов с ИБС без инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе, 2 группа – пациенты с ИБС и наличием в анамнезе острого (первичного) ИМ, 3 группа – пациенты с ИБС и наличием в анамнезе двух сосудистых событий (повторный ИМ или ИМ и стентирование коронарных артерий), 4 группа – пациенты с ИБС, которым проведено аортокоронарное шунтирование (АКШ). Анализ полученных данных проводился с использованием STATISTICA 6.0. Сравнение частот бинарного признака проводили с помощью критерия хи-квадрат (χ^2) Пирсона. Критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы (p) принимали равным 0,05.

Результаты исследования. При анализе частоты коморбидной патологии у больных ИБС установлено, что 83,0% пациентов имеют артериальную гипертензию (АГ), 45,3% – ожирение, 28,5% – хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ), 18,9% – язвенную болезнь, 15,1% – сахарный диабет 2 типа (СД), в 3,8% случаев имеется бронхиальная астма (БА). Атеросклероз других локализаций выявлен у 16,4% пациентов в бассейне сосудов головного мозга, в 8,8% – нижних конечностей. При анализе частоты коморбидной патологии по группам установлено, что по частоте встречаемости АГ группы не различались между собой. Так частота АГ в 1 группе составила 88,2%, во 2 группе – 78,5%, в 3 группе – 83,0%, в 4 группе – 91,7% (p>0,05). Частота встречаемости в анамнезе транзиторной ишемической атаки/острого нарушения мозгового кровообращения (ТИА/ОНМК) у пациентов с ИБС составляет 5,7%, при этом во 2 и 4 группах таких пациентов больше, чем в 1 и 3 группах (9,2% и 8,3% против 5,9% и 0%, соответственно). В 4 группе реже встречается ожирение (25,0%), тогда как в 1 группе частота данной патологии 41,2% (p=0,27), во 2 группе – 44,6% (p=0,093), в 3 группе – 56,6% (p=0,01). Бронхолегочная патология чаще встречается у пациентов 4 группы (ХОБЛ в 50,0%, БА в 8,3% случаев) по сравнению с 1 группой (ХОБЛ – 11,8%, БА – 0%), со 2 группой (ХОБЛ – 32,3%, БА – 3,1%), и 3 группой (ХОБЛ – 18,9%, БА – 3,8%). Язвенная болезнь реже регистрируется в 1 группе (5,9%), что вероятно связано с тем, что большинству этих пациентов не назначаются антиагреганты. Различия по частоте язвенной болезни между 2, 3 и 4 группами пациентов статистически не значимы (23,1%, 20,8% и 12,5%, соответственно, p>0,05). В 4 группе статистически незначимая тенденция к более низкой частоте встречаемости язвенной болезни может быть обусловлена более высокой частотой профилактического назначения у этих пациентов ингибиторов протонной помпы. Статистически значимых различий по частоте СД между группами также не выявлено. Так частота выявления СД в 1 группе 17,6%, во 2 группе – 13,8%, в 3 группе – 13,2%, в 4 группе – 20,8%.

Заключение. Таким образом, у пациентов с ИБС частота коморбидной патологии варьирует от 3,8% до 83%, чаще

выявлены АГ, ожирение и ХОБЛ, причем частота встречаемости АГ не зависит от тяжести ИБС. У пациентов с тяжелым течением ИБС с проведением АКШ чаще регистрируется бронхолегочная патология. Вероятно, тяжелое течение ИБС с проведением сложного оперативного вмешательства (АКШ) способствует более тщательному контролю веса и снижает частоту встречаемости в этой группе больных ожирения. У пациентов с тяжелым течением ИБС и АКШ в анамнезе отмечена тенденция к выявлению СД у большего количества лиц, чем в других группах больных ИБС. Всем пациентам с ИБС необходимо проводить дуплексное сканирование периферических сосудов, поскольку у них высока вероятность субклинического (асимптомного) периферического атеросклероза.

Причины и факторы риска смерти при сахарном диабете.

Филатова Т.Е., Асфандиярова Н.С., Журавлева Н.С., Шатрова И.В.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Рязань

Цель: изучить причины и факторы риска смерти при сахарном диабете (СД).

Материал и методы: в проспективное когортное исследование был включен 301 больной сахарным диабетом (СД 1 типа – 80, СД 2 типа – 194, СД вследствие хронического панкреатита – 27), находившихся под наблюдением врачей-эндокринологов ГБУ РО «Сасовская ЦРБ» с 1.01.1995 г. по 31.12.2014 г. Средний период наблюдения составил 11,2±4,8 лет. Причины смерти анализировались по «Медицинскому свидетельству о смерти» (форма 106/У-08), записям в амбулаторной карте пациента, истории болезни.

Результаты. За период наблюдения из 301 больного СД умерло 99. Смертность среди больных СД различного типа примерно одинакова, и достигает трети от числа обследуемых пациентов. Гендерного различия при СД 1 и 2 типа не отмечено. Больные СД 1 типа погибают в более молодом возрасте, чем больные другими типами диабета. Чем больше стаж диабета, тем выше смертность. Основными причинами смерти больных СД 1 и 2 типа были сердечно-сосудистые и онкологические заболевания; при СД вследствие панкреатита – онкологические заболевания. Исследование факторов риска смерти позволило установить, что при СД 1 типа ретинопатия (17/29 vs. 16/51, $p < 0,05$) и нефропатия (9/29 vs. 5/51, $p < 0,05$) встречались чаще у умерших пациентов. При СД 2 типа статистически значимое различие касалось лишь нефропатии (17/70 vs. 15/124, $p < 0,05$), хотя ретинопатия у умерших также встречалась чаще (22,3% vs. 14,5%, $p > 0,05$). При СД 2 типа больные, получавшие инсулин, умирали чаще (22/70 vs. 19/124 $p < 0,01$).

Выводы. При СД как 1, так и 2 типа смерть пациентов обусловлена сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями. Основной причиной смерти при СД вследствие хронического панкреатита являются онкологические заболевания. Клиническими предикторами смерти при СД 1 типа являются ретинопатия, нефропатия и сердечно-сосудистые заболевания. При СД 2 типа прогностически неблагоприятными факторами являются нефропатия, сердечно-сосудистые и онкологические заболевания. Более высокие показатели смертности у больных сахарным диабетом 2 типа, получающих инсулин, могут быть обусловлены как тяжестью заболевания, так и большим риском развития гипогликемических состояний.

Опыт лечения гипертонической болезни у пациентов мужского пола с ожирением, гипергликемией натощак и дефицитом витамина Д.

Филатова Т.Е., Давыдов В.В., Низов А.А., Асфандиярова Н.С., Колдынская Э.И.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Рязань

Цель: оценить влияние коррекции недостаточности витамина Д на динамику артериального давления у мужчин с гипертонической болезнью, ожирением, гипергликемией натощак и дефицитом витамина Д.

Материалы и методы: обследованы 35 мужчин в возрасте от 40 до 50 лет с гипертонической болезнью (ГБ), ожирением, гипергликемией натощак (ГГН) и дефицитом витамина Д. Длительность ГБ составила от 1 до 8 лет, ГГН – от 1 до 2 лет, дефицит витамина Д диагностирован в течение последних 6 месяцев. Из них в опытную группу (А) были включены 18 пациентов, которым назначались диета с ограничением углеводов и жиров, антигипертензивная терапия блокатором рецепторов ангиотензина II валсартаном в дозе 40 или 80 мг/сут или бета-блокатора III поколения небивололом в дозе 5 мг/сут, а также витамин Д (холекальциферол) в дозе 6-8 капель в сутки (3000-4000 МЕ) в зависимости от степени витаминной недостаточности. Контрольную группу (КГ) составили 17 пациентов, находящихся только на гипокалорийной диете, обогащенной витамином Д и аналогичной антигипертензивной терапии. Оценивался уровень витамина Д и влияние его на динамику систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД), а также показатели гликемии натощак и индекса массы тела (ИМТ) в начале и через 8 недель наблюдения. Статистический анализ проводился с использованием непараметрических критериев Манна-Уитни и Уилкоксона. Статистическая значимость данных подтверждалась при $p < 0,05$.

Результаты: через 8 недель терапии у пациентов группы А, помимо субъективного улучшения общего состояния, значительно улучшились клинико-метаболические показатели: медианы САД и ДАД снизились до целевых значений или на 18 и 14%, соответственно ($p < 0,05$), ИМТ уменьшился 12,5% ($p < 0,05$), снизилась на 1,9% до нормы гликемия натощак ($p < 0,05$), повысился на 45% и достиг целевых значений уровень витамина Д ($p < 0,001$). В КГ также улучшились показатели АД, но медианы САД и ДАД снизились только на 11 и 9%, соответственно ($p < 0,05$). Однако ни вес пациентов, ни гликемия натощак, ни уровень витамина Д статистически значимо не изменились.

Выводы: назначение холекальциферола способствует не только ликвидации витаминной недостаточности, но и более эффективной коррекции гликемии, АД и веса у мужчин с ГБ, ожирением, ГГН и дефицитом витамина Д.

Аспекты диагностики зрительной нейропатии и ее значение в амбулаторном мониторинге больных сахарным диабетом 1 типа.

Францева А.П., Осепьянц В.Г., Санеева Г.А., Карпов С.М.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Сахарный диабет (СД) является одним из самых распространенных в мире заболеваний с прогрессирующим неуклонным ростом. В 2015 году количество официально зарегистрированных больных составило 415 миллионов, тогда как по расчетам экспертов до 46,3% случаев остаются недиагностированными. В России, по данным Государственного регистра, в настоящее время более 4 миллионов человек страдают СД при расчетных результатах эпидемиологических наблюдательных программ более 6 миллионов, и их число также непрерывно растет. Несмотря на то, что доля СД 1 типа составляет не более 10–15% от всей популяции диабета, данная форма является важнейшей медико-социальной проблемой здравоохранения, т.к. заболевание нередко возникает в детском и юношеском возрасте, характеризуется тяжестью течения, прогрессированием осложнений, ранней инвалидизацией и смертностью. Одним из наиболее распространенных хронических осложнений СД является диабетическая ретинопатия, которая обнаруживается в среднем у 40% больных СД 1 и оказывает значительное влияние на прогноз и качество жизни пациентов. Так СД занимает одно из первых мест как причина слепоты, которая наступает в 25 раз чаще, чем в общей популяции. Поэтому изучение состояния зрительного анализатора при сахарном диабете 1 типа имеет особую актуальность. В этой связи изучение состояния зрительного анализатора при СД 1 типа имеет особую актуальность. К настоящему времени доказано, что при СД поражаются все структуры зрительного анализатора. В современных представлениях о диабетических поражениях нервной системы важное место отводят нарушениям микроциркуляции в системе *vasae nervorum*, диабетической аксонопатии, сегментарной демиелинизации. Так же в этиологическом спектре «диабетического» поражения глаза доля ретинопатии составляет до 70–80%. Однако проблема диабетической оптической нейропатии до настоящего времени остается малоизученной. Не существует единого мнения о влиянии сахарного диабета на функционирование проводящего отдела зрительного анализатора. Цель работы: оценить функциональное состояние проводящего отдела зрительного анализатора. Материалы и методы: с использованием нейрофизиологических и электрофизиологических методов проведено исследование функций проводящего отдела зрительного анализатора у 31 пациента с сахарным диабетом 1 типа. Средний возраст больных составил $21,3 \pm 2,1$ года, средняя продолжительность заболевания не превышала 5,1 лет. Контрольную группу составили 15 практически здоровых человек, сопоставимых по возрасту и полу. Результаты были статистически обработаны. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$. Результаты. Исследование проводимости нервного импульса по афферентным зрительным волокнам у больных СД 1 типа осуществлялось с помощью метода зрительных вызванных потенциалов головного мозга на вспышку. Анализ результатов проведенного нейрофизиологического исследования показал, что по показателю волны P100 у больных отмечалось достоверное увеличение латентного периода справа и слева, а также удлинение латентного периода волн N75 и N145 по сравнению с контрольной группой. Так, амплитуда волны N75-P100, зарегистрированная в пределах $4,3 \pm 1,63$ мкВ, являлась признаком депрессии зрительных корковых структур. Для уточнения генеза депрессивного характера также проводилась ЭЭГ для оценки биоэлектрической активности головного мозга. У пациентов с СД 1 средние значения амплитуды альфа-ритма составили $75,8 \pm 2,3$ мкВ, средняя частота альфа-ритма – $9,6 \pm 1,1$ Гц, а средний индекс был равен 71%. Отсутствие функциональных различий биоэлектрической активности головного мозга в корковых

зрительных зонах позволило предположить, что снижение амплитуды ответа вызванных зрительных потенциалов обусловлено снижением импульсного потока по волокнам зрительного анализатора и уменьшением числа нейронов, которые активируют ответную реакцию коры на предъявляемый стимул. Причиной сниженной проводимости по волокнам зрительного анализатора являются процессы демиелинизации. В то же время, нарушения функций проводящих путей зрительного анализатора становятся главной причиной ухудшения зрения и слепоты у больных СД. Таким образом, использование нейрофизиологических и электрофизиологических методов будет способствовать ранней диагностике нарушений передачи зрительного импульса с возможностью проведения своевременных лечебно-профилактических мероприятий у пациентов с СД 1 типа.

Морфофункциональные особенности сердечно-сосудистой у больных бронхиальной астмой.

Фроленкова Л.А., Терентьева Н.Н., Маренина Т.В., Попова М.А.

Сургутский государственный университет, Сургутская окружная клиническая больница, Сургут

Цель исследования: изучить морфофункциональные особенности сердечно-сосудистой системы с учетом гендерных различий у больных бронхиальной астмой (БА). Материалы и методы исследования: На основе ретроспективного исследования 1395 пациентов с БА выделена группа больных госпитализированных в пульмонологическое отделение Сургутской окружной клинической больницы. Проведено инструментальное обследование больных БА у 71 больного БА средней тяжести в возрасте от 42 до 71 года - 32 мужчин и 39 женщин без клинических проявлений ИБС: эхокардиография, суточное мониторирование артериального давления. Результаты исследования: Эхокардиографическое обследование было проведено с целью выявления дополнительных критериев коронарного риска на основании анализа количественных морфофункциональных характеристик сердца у больных БА. Как показал анализ исследования, размеры правого предсердия (ПП), правого желудочка (ПЖ) и конечный диастолический размер левого желудочка (КДРЛЖ) были достоверно выше у больных БА мужского пола, чем у женщин. Ударный объем левого желудочка (УОЛЖ) был больше у мужчин, но по фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) достоверных различий не было выявлено. Отмечены статистически значимые более высокие показатели кровотока на митральном и трикуспидальном клапанах у женщин с БА по сравнению с больными мужского пола. Скорость кровотока на легочной артерии и среднее давление в легочной артерии (СрДЛА) также достоверно выше были у женщин с БА, чем у мужчин. Не было выявлено значимых различий толщины межжелудочковой перегородки (МЖП), задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ), размеров левого предсердия (ЛП), аорты (Ао) между больными БА мужского и женского пола. Результаты суточного мониторирования артериального давления показали, что средние значения САД за сутки, а также в дневные и ночные часы у женщин с БА достоверно превышали аналогичные показатели у мужчин с БА. Индекс времени САД (ИВСАД) в дневные часы был достоверно выше у женщин, чем у мужчин с БА ($p=0,043$), ИВСАД в ночные часы был достоверно выше у мужчин, чем у женщин с БА ($p=0,003$). Индекс времени ДАД (ИВДАД) в дневные часы между мужчинами и женщинами

не различался, в ночные часы был достоверно выше у женщин, чем у мужчин ($p=0,049$). Необходимо отметить, что у 67 из 71 пациента с БА (94,4%) выявлено недостаточное снижение АД в ночные часы, которое было достоверно более выражено у женщин, страдающих БА, по сравнению с мужчинами. У женщин были ниже, чем у мужчин, показатели суточного индекса как САД ($p=0,023$), так и СИ ДАД ($p=0,038$). Из 39 женщин с БА было 2 «dippers», 30 «nondippers» и 7 «night peakers», из 32 мужчин с БА было 2 «dippers», 26 «nondippers» и 4 «night peakers». При корреляционном анализе выявлена достоверная отрицательная связь степени ночного снижения АД с уровнем коронарного риска ($r=-0,701$), у женщин эта связь была менее выражена ($r=-0,613$), чем у мужчин ($r=-0,769$). Выводы: Таким образом, как у мужчин, так и у женщин с БА, не отмечено существенных изменений размеров правых отделов сердца, что свидетельствует об отсутствии выраженной легочной гипертензии. У женщин отмечается достоверное увеличение КДОЛЖ и КСОЛЖ, толщины МЖП и ЗСЛЖ и отчетливая тенденция повышению СрДЛА и увеличению размеров ЛА. Сократительная способность миокарда левого желудочка у больных БА, как мужского, так и женского пола, не имела достоверных различий. Результаты суточного мониторинга артериального давления показали, что средние значения САД за сутки, а также в дневные и ночные часы у женщин с БА достоверно превышали аналогичные показатели у мужчин с БА. Индекс времени САД в дневные часы был достоверно выше у женщин, чем у мужчин с БА ($p=0,043$). У 94,4% больных БА выявлено недостаточное снижение АД в ночные часы, которое было достоверно более выражено у женщин, чем у мужчин.

Влияние гидроксихлорохина на показатели липидного спектра у пациентов с ревматоидным артритом.

Хрипунова А.А., Хрипунова И.Г., Говоров А.В.

*Ставропольский государственный медицинский университет,
Городская клиническая поликлиника №6, Ставрополь*

Введение. Терапия базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) должна проводиться всем пациентам с РА (включая пациентов с высокой вероятностью РА) и назначаться не позднее чем через 3–6 месяцев от момента появления симптомов болезни. Применение ГХ рекомендуется только в качестве компонента комбинированной терапии с другими БПВП. Фармакологическая активность ГХ заключается в действии на различные звенья иммунного воспаления. Препарат снижает синтез фактора некроза опухоли альфа, интерлейкинов 1 и 6; и интерферона-альфа, интерферона-гамма, образование супероксидных радикалов, синтез фибронектина и фибриногена, презентацию антигена. Распределение ГХ в тканях и органах не равнозначно. Наиболее высокое накопление препарата отмечено в меланин-содержащих клетках, входящих в состав кожи и сетчатки глаза. Различные молекулярные механизмы фармакологического действия ГХ определяют широкий спектр терапевтического эффекта. Последнее время большое внимание привлекают работы о влиянии ГХ на липидный профиль у больных РА. Цель. Исследовать влияние ГХ на показатели липидного спектра у пациентов с РА, выраженность проявлений суставного синдрома (боль, болезненность, припухлость, функция суставов); изучить возможные побочные эффекты препарата, оценить его переносимость.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 30 пациентов РА (2 мужчины и 28 женщин) в возрасте 35–45 лет. Продолжительность заболевания у большинства пациентов (26 чел) была больше 10 лет, у остальных – до 10 лет. Пациенты РА имели серопозитивность по ревматоидному фактору (РФ) и анти ЦЦП, высокую степень активности процесса ($DAS\ 28 \geq 5,7$), СРБ (> 3 -х норм). Продолжительность последнего ухудшения состояния у всех наблюдаемых была до 4-х недель. У всех наблюдаемых до включения в исследование были повышенные показатели общего холестерина (ОХ) до $6,8 \pm 1,2$ ммоль/л, холестерин липидов высокой плотности (ХЛВП) – $0,7 \pm 0,2$ ммоль/л, холестерин липидов низкой плотности (ХЛНП) $3,6 \pm 1,1$ ммоль/л, триглицеридов (ТГ) – $2,5 \pm 0,8$ ммоль/л. По шкале SCORE пациенты имели умеренный 10-летний риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Больные были рандомизированы в 2 группы. В первой пациенты (15 чел) получали монотерапию метотрексатом (МТ) в начальной дозе 7,5 мг/неделю с последующей эскалацией до 15 мг/нед. Во второй группе (15 чел) использовали комбинацию МТ 15 мг/нед. и ГХ в дозе 400 мг/сут. Исследование продолжалось 6 мес.

Результаты исследования. К концу наблюдения у всех наблюдаемых пациентов была отмечена положительная динамика острофазовых показателей (СОЭ, СРБ), снижение коэффициента активности по DAS 28 до $3,3 \pm 0,5$; уменьшение боли в суставах по ВАШ в покое до 24 ± 4 мм, при нагрузке до 32 ± 7 мм соответственно; увеличение объема движений в суставах и уменьшение скованности в них. Однако, несмотря на уменьшение активности процесса, показатели липидного спектра у больных первой группы практически не изменились, сохранялся умеренный 10-летний риск смерти от ССЗ. Во второй группе у пациентов, которые получали комбинированную терапию МТ и ГХ, отмечена нормализация уровня ОХ, ХЛНП, ХЛВП, ТГ.

Заключение. Показатели липидного профиля лучше на двойной терапии РА с включением ГХ лучше по сравнению с монотерапией МТ. При включении ГХ в комплексную терапию РА наблюдается нормализация показателей липидного обмена, что может способствовать уменьшению числа кардио-васкулярных событий (инфаркта миокарда, инсульта, ишемической болезни сердца) у пациентов с РА.

Сравнительная оценка эффективности различных схем терапии ревматоидного артрита.

Хрипунова И.Г., Хрипунова А.А.

*Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь*

Введение. Основная цель фармакотерапии РА – достижение ремиссии (или низкой активности) заболевания, снижение риска коморбидных заболеваний, ухудшающих качество жизни и прогноз у пациентов. Лечение РА основано на рациональном применении медикаментозной терапии, включающей нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), глюкокортикоиды (ГК), базисные противовоспалительные препараты (БПВП) и генно-инженерные биологические препараты (ГИБП). Терапия БПВП должна обязательно проводиться всем пациентам с РА (включая пациентов с высокой вероятностью РА) и назначаться не позднее чем через 3–6 месяцев от момента появления симптомов болезни.

При недостаточной эффективности монотерапии одного БПВП рекомендуют применять комбинированную терапию.

Цель. Исследовать эффективность различных схем комбинированной терапии РА при недостаточном ответе на монотерапию одного БПВП, оценить переносимость различных схем терапии, влияние монотерапии и комбинированной БПВП на активность заболевания, выраженность суставного синдрома (боль, болезненность, припухлость, функция суставов) у больных РА.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 45 пациентов с РА (10 мужчины и 35 женщин) в возрасте 18–45 лет. Продолжительность заболевания у большинства пациентов (36 чел) была больше 10 лет, у остальных – до 10 лет. Все пациенты имели серопозитивность по ревматоидному фактору (РФ) и анти ЦЦП, высокую степень активности процесса (DAS 28 \geq 5,7), СРБ (> 3-х норм). Отмечалось ограничение движений и припухлость в суставах. При этом выраженность боли на момент включения в исследование была по ВАШ при движении 76 \pm 12 мм, в покое - 48 \pm 8 мм. Наблюдаемые больные были разделены на 3 группы. В первой группе пациенты (15 чел.) получали комбинацию метотрексата (МТ) в дозе 17,5 мг/нед. и гидроксихлорохина (ГХ) в дозе 400 мг/сут. Во второй группе (15 больных) использовали комбинацию МТ в дозе 17,5 мг/нед и сульфасалазана (Сульф) в дозе 2000 мг/сут. Третья группа (15 чел) находилась на тройной комбинации – МТ 17,5 в дозе мг/нед + Сульф в дозе 2000 мг/сут + ГХ в дозе 400 мг/сут. Исследование продолжалось 12 месяцев. Результаты исследования: К концу наблюдения у всех наблюдаемых увеличился объем движений в суставах и уменьшилась скованность в них, отмечено уменьшение выраженности болевого синдрома. Так, боль в покое по ВАШ уменьшилась до 20 \pm 5 мм; при нагрузке – до 28 \pm 7 мм. Параллельно наблюдалось положительная динамика острофазовых показателей (СОЭ, СРБ). Улучшение по критериям Американской коллегии ревматологов ACR20 отмечено у 72% пациентов первой группы, 49% больных второй группы и 78% третьей группы, что подтверждает большую эффективность тройной комбинации. Меньшее число нежелательных реакций (НР) также было на тройной комбинации – 9,7%. При сравнении комбинации МТ и ГХ (1-ая группа) с тройной МТ+Сульф+ГХ (3-я группа) достоверных различий не получено, однако обе эти комбинации были более эффективны, чем комбинация МТ+ Сульф (2-ая группа).

Заключение. Таким образом, при сравнении различных схем лечения РА наиболее эффективной и безопасной является комбинация МТ+Сульф+ГХ. По эффективности не уступает тройной комбинации сочетание МТ и ГХ. Возможно, именно присутствие в этих схемах ГХ повышает эффективность лечения за счет аддитивности действия МТ с ГХ из-за различия механизмов их действия, сроков развития эффекта, а также снижает частоту гепатотоксических реакций за счет стабилизации лизосомальных ферментов последним.

Метаболические нарушения у больных с гипострогенными формами ановуляции.

Чагай Н.Б.

Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь

Актуальность оценки метаболизма жиров и углеводов у больных с гипострогенными формами ановуляции, принимающих эстроген-гестагены, объясняется особенностями печеночного метаболизма препаратов.

Цель: исследование риска развития СД2 и дислипидемии у больных гипогонадотропным гипогонадизмом (ГипоГГ) и преждевременной недостаточностью яичников (гипергонадотропный гипогонадизм ГиперГГ) на фоне долговременной гормональной заместительной терапии (ГЗТ).

Материалы и методы. У больных ГипоГГ (n=24), гипергонадотропным гипогонадизмом (ГиперГГ) (n=44) проведена оценка показателей углеводно-жирового обмена на старте и по результатам 5-10 лет наблюдения.

Результаты и их обсуждение: в группе ГипоГГ монотерапия эстрогенами (8–26 мес.) привела к снижению HOMA-IR (2,2 \pm 1,08 vs 1,8 \pm 0,74; p<0,05), общего ХС (5,3(4,9; 6,0) vs 4,8(4,3; 5,1) ммоль/л; p<0,001); ХС-ЛПНП (3,5(2,7; 4,0) vs 3,0(2,4; 3,4) ммоль/л; p<0,01), повышению ХС-ЛПВП (1,3(1,2; 1,5) vs 1,4(1,3; 1,5) ммоль/л; p>0,05). При переводе на комбинированную ГЗТ уровень чувствительности к инсулину сохранился на тех же позициях (HOMA 1,9(1,6; 2,6) vs 1,8(1,7; 2,1), p>0,05 – для эстрадиол+дидрогестерон (E2/D); 1,6(1,4; 2,2) vs 1,9(1,5; 2,4); p>0,05 – для эстрадиола валерат+левоноргестрел (EV/LNG). В группе ГиперГГ (n=44) ГЗТ в первые 6 циклов терапии сопровождалась снижением инсулинемии HOMA-IR (2,0(1,5; 3,4) vs 1,7(1,4; 2,3) – для E2/D; 2,5(1,6; 3,7) vs 2,4(2,0; 2,8) – для EV/LNG), ТГ (1,3(1,0; 1,6) vs 1,1(1,0; 1,3) p<0,05 – для E2/D; 1,5(1,1; 2,0) vs 1,2(1,0; 1,4); p<0,001- для EV/LNG), ХС-ЛПНП (3,6(2,6; 3,7) vs 3,1(2,9; 3,2); p<0,05 – для E2/D; 3,7(3,1; 3,9) vs 3,0(2,8; 3,3); p<0,05 – для EV/LNG), повышением ХС-ЛПВП (1,1(0,85; 1,0) vs 1,3(1,0; 1,3); p<0,01 – для E2/D; 0,9(0,7; 1,1) vs 1,2(0,7; 1,4); p<0,001 – для EV/LNG). Под наблюдением более 5 (6,9 \pm 1,8) лет находились 27 больных (11 – с ГипоГГ, 16 – с ГиперГГ). Средний возраст к окончанию исследования пациенток с ГипоГГ составил 28,5 \pm 4,9 лет, с ГиперГГ – 36,3 \pm 6,4 лет. E2/D получали 11 больных (n=4 – ГипоГГ; n=7 – ГиперГГ), EV/LNG – 16 больных (n=7 – ГипоГГ; n=9 – ГиперГГ). Распространенность инсулинорезистентности (ИР) возросла значимо (92,3% (26/27) vs 74,1% (20/27) χ^2 A/D p<0,01). Пошаговый регрессионный анализ (из числа факторов - выбор препарата для ЗГТ, возраст, ИМТ в конце исследования, уровень триглицеридов (ТГ), анамнез семьи по сахарному диабету 2 типа (СД2)) определил ведущим предиктором повышения индекса HOMA только семейный анамнез по СД2 (R=0,92; β =0,91; p<0,001). Частота гипертриглицеридемии также существенно повысилась (33,3% (9/27) vs 22,2% (6/27) χ^2 A/D p<0,05). Прогрессирующее повышение ТГ отмечено только у 9,1% больных на фоне долговременной терапии E2/D, и у 18,75% – EV/LNG (χ^2 p>0,05). Но выбор препарата не определял ухудшения липидограммы (R=0,15; β =0,28; p>0,05). Главным предиктором нарастания гипертриглицеридемии признан возраст пациенток к концу исследования (R=0,49; β =0,37; p<0,05). Число больных с нарушением толерантности к глюкозе (НТГ) увеличилось до 14,8% (против 0%) χ^2 A/D 21,0; p<0,001). Предикторами развития НТГ (СД2) у больных ГипоГГ и ГиперГГ на фоне долговременной ЗГТ названы индекс HOMA (R=0,74; β =0,71; p<0,01) и анамнез по СД2 (R=0,76; β =0,44; p<0,001). Всего в группах ГипоГГ и ГиперГГ к окончанию исследования ИС имел место у 33,3% (9/27), отличие, в сравнении с началом исследования (22,2% (6/27), его распространенности значимо (χ^2 A/D p<0,05). У больных ГипоГГ и ГиперГГ, не имеющих генетической предрасположенности к СД2 типа, циклическая комбинированная ЗГТ способствует поддержанию нормальной чувствительности к инсулину и нормолипидемии. Длительное применение ЗГТ не препятствует развитию ИР у больных сотягощенным семейным анамнезом по СД2 и не является средством профилактики данного заболевания.

Риск развития сахарного диабета 2 типа у больных с синдромом гиперандрогении.

Чагай Н.Б.

Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь

С целью изучения отдаленного риска развития метаболического синдрома (МС) и сахарного диабета 2 типа (СД2) – в когорте больных с синдромом гиперандрогении неопухолового генеза обследовано 197 больных с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) и 46 – врожденной дисфункцией коры надпочечников (ВДКН). К окончанию исследования, предполагавшего не менее 5 лет наблюдения ($7,2 \pm 1,8$ лет), обследованы 28 больных СПКЯ и 21 – ВДКН. МС верифицирован на основании критериев международной диабетической федерации (IDF) 2005 г. В группе СПКЯ МС верифицирован в 42,6% (84/197) наблюдениях. Нарушения углеводного обмена выявлены в момент верификации СПКЯ у 14,7% (29/197) больных ($n=7$ – нарушенная гликемия натощак, $n=18$ – нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), $n=4$ – СД2). 65,5% (129/197) пациенток указали на наличие СД2 в семейном анамнезе. В группе ВДКН МС выявлен у 23,9% (11/46) больных. Нарушенная гликемия натощак (НГН) или НТГ имели место у 4,3% (2/46) больных. Через $7,2 \pm 1,8$ лет исследования, МС имел место у 46,4% (13/28) больных СПКЯ, 33,3% (7/21) – ВДКН. Распространенность МС в группе СПКЯ незначимо превысила таковую у больных ВДКН ($\chi^2 0,85$ $p > 0,05$). Анализ множественной регрессии, проведенный с процедурой пошагового включения независимых переменных (возраст, семейный анамнез, ИМТ и его динамика за период исследования, НОМА, уровень ТГ) в качестве предикторов развития СД2 в группах СПКЯ и ВДКН определил факторы: наличие избыточной массы тела или ожирения ($R=0,88$; $p < 0,01$ – для СПКЯ; $R=0,87$; $p < 0,03$ – для ВДКН) и отягощенный семейный анамнез по данному заболеванию ($R=0,87$; $p < 0,001$ – для СПКЯ; $R=0,78$; $p < 0,01$ – для ВДКН). Как в группе СПКЯ, так и в группе ВДКН число больных с НТГ увеличилось значимо (42,9% vs 17,9% $\chi^2 A/D$ $p = 0,03$ – для СПКЯ; 14,3% vs 4,8%; $p < 0,001$ – для ВДКН). В группе СПКЯ имели место: НГН – у 17,9%, НТГ – у 14,3%, СД 2 типа – у 10,7% больных. В группе ВДКН: 4,8% – НТГ, 9,5% – СД 2 типа. По окончании исследования, у больных СПКЯ частота нарушения толерантности к углеводам значительно преобладала над таковой при ВДКН ($\chi^2 4,6$, $p < 0,05$). СПКЯ – заболевание, ассоциированное с высоким риском развития СД2. Собственно гиперандрогения является фактором, неблагоприятно влияющим на метаболизм углеводов и жиров, однако за рассмотренный промежуток времени не увеличивает риск развития СД2.

Вертеброгенные заболевания в структуре заболеваний нервной системы.

Чигрина Н.В., Долгова И.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет,
Городская больница скорой медицинской помощи, Ставрополь

Среди заболеваний нервной системы вертеброгенная патология занимает особое место. Заболевания с хроническим болевым синдромом в спине являются одной из наиболее актуальных проблем современной неврологии. Это связано с высокими показателями заболеваемости и инвалидности населения, сложностями в диагностике и лечении, снижением качества жизни пациентов. Широкая распространенность

и характерная склонность к рецидивирующему течению делают боль в спине одной из наиболее частых причин временной утраты трудоспособности. Наличие хронической боли в спине оказывает неблагоприятное влияние на качество жизни пациентов в отношении как психического, так и физического благополучия.

Цель исследования. Выявить частоту встречаемости вертеброгенной патологии, сопровождающуюся хронической болью в спине, в структуре заболеваний нервной системы у жителей города Ставрополя.

Материалы и методы. Был использован метод научно-статистического анализа историй болезни пациентов, получавших стационарное лечение по поводу хронической вертеброгенной боли (ХВБ) в спине, на базе неврологического отделения ГБУЗ СК «ГКБ СМП» г. Ставрополя в период с января 2012 года по декабрь 2014 года. Всем пациентам проведены рентгенологические методы обследования с целью диагностики и дифференциальной диагностики: выполнены обзорные спондилограммы, МРТ, КТ позвоночника. За данный период времени были госпитализированы пациенты с вертеброгенной патологией: в 2012 году – 501 пациент, что составило 29% от общего числа госпитализированных больных, в 2013 году – 609 пациентов, что составляло 31% от общего числа, в 2014 году – 670 пациентов – 33% от общего числа. Средний возраст пациентов составил $45,1 \pm 2,5$ лет.

Результаты и обсуждение. При изучении причин вертеброгенной патологии выявлено, что дегенеративно-дистрофические изменения в позвоночнике определены в 74,5% случаев, дискогенная радикулопатия – в 13% случаев, стеноз позвоночного канала – в 4% случаев, компрессионный перелом тел позвонков – в 4%, спондилолистез – в 2%, деструкция тел позвонков (вторичное метастатическое поражение, остеопороз) – в 0,7%, анкилозирующий спондилит – в 0,3%, инфекционные заболевания – в 0,01% случаев, психогенная боль – в 0,5% случаев. Установлено, что ХВБ возникают чаще у женщин – 63% случаев, пик манифестации заболевания отмечен в возрасте 30–40 лет. У мужчин ХВБ отмечена в 37% случаев, манифестации заболевания у них чаще в возрасте 35–40 лет.

Таким образом, наиболее часто ХВБ возникают у женщин, что, вероятно, связано с тем, что кроме дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника, в поддержании хронической боли принимают участие другие факторы. Динамическое наблюдение за структурой заболеваний нервной системы позволяет сделать выводы о неуклонном прогрессировании количества случаев госпитализированных пациентов с вертеброгенной патологией. Выводы. 1. Заболевания, сопровождающиеся хронической болью в спине, имеют высокую распространенность среди патологии нервной системы. 2. Наиболее часто причиной хронической боли являются дегенеративно-дистрофические изменения в позвоночнике. 3. Пациенты с ХВБ нуждаются в комплексном обследовании для выявления факторов, способствующих хронической боли, для назначения своевременной профилактики.

Прогностическое значение гиперальдостеронемии у больных хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса левого желудочка.

Шевелёк А.Н., Гасендич Е.С.

Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького, Донецк

Цель исследования – изучить прогностическое значение гиперальдостеронемии у больных хронической сердечной

недостаточностью (ХСН) и сохраненной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ).

Материал и методы. Проведено проспективное когортное исследование с участием 86 пациентов (36 мужчин и 50 женщин, средний возраст 59,4±3,4 лет) с ХСН с сохраненной (> 50%) ФВ ЛЖ, протекающей на фоне ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии. У всех больных оценивали уровень альдостерона в сыворотке крови, референтными значениями считали концентрацию гормона 40–160 пг/мл. В последующем пациенты наблюдались в течение 12 мес., при этом первичной конечной точкой исследования являлся комбинированный показатель «сердечно-сосудистая смерть и госпитализации в связи с декомпенсацией ХСН».

Результаты. По результатам лабораторного исследования все пациенты были разделены на две группы: 1-ю (n=54) составили больные, уровень альдостерона крови которых находился в пределах нормы (в среднем по группе 114.4±16.8 пг/мл), 2-ю (n=32) – пациенты с гиперальдостеронемией (в среднем 196.2±20.8 пг/мл, p<0.001). Пациенты с гиперальдостеронемией были моложе, чаще страдали хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ), сахарным диабетом 2-го типа и ожирением (все p<0.05). В течение 12 мес. наблюдения первичная конечная точка развилась у 9 (16,7%, 95% доверительный интервал 7,9-27,9%) пациентов 1-й группы и 14 (43,8%, 95% ДИ 26,6-61,7%) – 2-й ($\chi^2 = 6,20$, p = 0,013). После поправки на возраст и наличие сопутствующей патологии гиперальдостеронемия являлась независимым предиктором ухудшения прогноза (отношение шансов 4,4, 95% ДИ 3,2-6,6).

Вывод. У больных ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ наличие гиперальдостеронемии ассоциируется с возрастанием риска госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН и сердечно-сосудистой смерти.

Влияние терапии диацереином на маркеры сосудистого поражения у больных остеоартрозом коленных суставов в сочетании с ожирением и сахарным диабетом 2 типа.

Широкова К.Ю.

*Ярославский государственный медицинский университет,
Ярославль*

В настоящее время признано, что остеоартроз (ОА) коленных суставов не существует вне нарушений обмена веществ и воспалительной сферы ожирения. Основными провоспалительными цитокинами при ОА признаны ИЛ-1 β , ФНО- α , ИЛ-6, ИЛ-15, ИЛ-17 и ИЛ-18. В воспалительном каскаде при этом заболевании участвует и жировая ткань. Макрофаги жировой ткани вырабатывают провоспалительные адипокины, в том числе гормон лептин, который является ключевым медиатором метаболических нарушений при ОА. В то же время воспалительные механизмы играют значимую роль в увеличении сосудистой жесткости, которая постулируется в роли предиктора повышенного риска развития инсульта, ишемической болезни сердца и сердечной недостаточности. Характерным признаком увеличения артериальной жесткости является усиление фрагментации молекул эластина, что опосредовано активацией различных типов матриксных металлопротеиназ (ММП) и сериновых протеиназ. Активность ММП в среднем и внутреннем слоях артериальных сосудов увеличивается с возрастом, и

одновременно снижается активность тканевого ингибитора металлопротеиназы 2 (ТИМП 2), являющегося эндогенным антагонистом ММП. Относительный дисбаланс между ММП и ТИМП 2 играет важную роль в ремоделировании внеклеточного матрикса и последующем изменении артериальной жесткости. Повышение активности ММП может быть сопряжено с усилением активности ренин-ангиотензиновой системы, окислительным стрессом, дисфункцией эндотелия, повышением содержания провоспалительных цитокинов и молекул клеточной адгезии. Все это подчеркивает важность поиска новых терапевтических возможностей воздействия на различные патогенетические звенья развития патологического процесса у коморбидных по метаболическим нарушениям пациентов с ОА.

Цель. Определить влияние трехмесячного курса терапии ингибитором ИЛ-1 β диацереином на суставной статус и маркеры поражения сосудистой стенки по интенсификации оксидативного стресса (титр нитрат-ионов NO $_3^-$) и скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) по артериям мышечного и эластического типа у пациентов с ОА коленных суставов в сочетании с ожирением и СД 2 типа (СД2). **Методы.** В открытом пилотном исследовании участвовало 38 женщин с ОА коленных суставов. У 18 человек диагностирован сопутствующий СД 2 типа, у 20 – ожирение. Группы были сопоставимы по возрасту, ИМТ, длительности и тяжести ОА. Пациентки с СД2 принимали таблетированные гипогликемические препараты. Обе группы получали диацереин по 100 мг в сутки в течение трех месяцев. Группу контроля по оценке нитрат-ионов составили 26 относительно здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с больными ОА и не имеющих жалобы на боли в суставах. Мониторинг клинико-лабораторных показателей проводился до и через 3 месяца терапии и включало оценку боли по ВАШ днем и ночью, периартикулярный индекс (ПАИ), определение мощности мышц бедра (ММБ), индексы Лекена, WOMAC, NAQ, EQ-5D, титры СРБ, NO $_3^-$. При ОА и СД2 определяли уровень HbA $_{1c}$ и С-пептида. СРПВ изучалась на аппарате Поли-Спектр-СРПВ (Нейрософт, Россия). Для статистической обработки использовались прикладные программы Statistica 10,0 с вычислением коэффициента корреляции Спирмана. За статистически значимый уровень достоверности принимали значения p<0,05.

Результаты. У 83,3% пациентов с ОА и СД2 и 70% с ОА и ожирением зарегистрировано возрастание СРПВ по артериям мышечного и эластического типа. СРПВ зависела от уровня HbA $_{1c}$ и С-пептида (R=0,43; R=-0,47, p<0,04) и ассоциировалась с болевыми характеристиками: фрагмент боль EQ-5D, ВАШ ночью, ПАИ (R=0,44;0,31;0,33,p<0,05), ММБ (R=-0,31, p<0,04), функциональная недостаточность по индексу NAQ (R=0,33, p<0,05). Титр NO $_3^-$ в плазме крови по сравнению с контролем был на 27,7% и 21,1% (p<0,05) выше при ОА с ожирением и СД2 соответственно. К окончанию курсового лечения диацереином уровень нитрат-ионов нормализовался в обеих группах. Улучшение СРПВ по артериям мышечного и эластического типа зафиксировано только при ОА с ожирением (-31,2%; -25,7%, p<0,05).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют, что жесткость артерий при гонартрозе с сопутствующим ожирением и СД2 связана с уровнем компенсации последнего. Увеличение маркеров сосудистого поражения при ОА с ожирением и СД2 ассоциировано с ухудшением суставного статуса. Позитивное влияние трехмесячного курса приема диацереина на маркеры сосудистой жесткости в наибольшей степени обнаружено при ОА с ожирением, что доказывает его плейотропный эффект и возможность применения в комплексной терапии коморбидных пациентов.

Коррекция качества жизни пациентов с хронической неспецифической цервикалгией в практике терапевта.

Широкова Л.Ю., Мокроусова М.В., Нагибин Р.М.

Ярославский государственный медицинский университет,
Клиническая больница №3, Ярославль

Актуальность. Хроническая скелетно-мышечная боль – одна из ведущих причин заболеваемости в экономически развитых странах. Ей страдают от 2 до 40% людей в популяции, в среднем 15–20%. Синдром цервикалгии относится к наиболее распространенным, занимая четвертое место среди болевых синдромов, обусловленных скелетно-мышечной патологией. Частота всех вариантов боли в шее у женщин в 1,5–2 раза выше, чем у мужчин. Встречаемость цервикалгии среди лиц среднего и пожилого возраста существенно не различается. Известно, что 60% пациентов с цервикалгиями страдают стойким болевым синдромом. Хронизация болевого синдрома неуклонно ведет к снижению качества жизни пациентов. Более чем у половины пациентов, страдающих цервикалгией, имеются признаки хронического эмоционального напряжения, депрессивные расстройства.

Цель исследования. Оценить динамику болевых характеристик, а также показателей, характеризующих качество жизни и выраженность депрессивных расстройств, у пациентов с хронической неспецифической цервикалгией (ХНЦ), обратившихся за медицинской помощью в связи с обострением болевого синдрома.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 38 пациентов, из которых 94,7% женщин и 5,3% мужчин. Длительность болевого синдрома в области шеи составляла $14,8 \pm 7,5$ лет. Возраст наблюдаемых колебался от 41 до 70 лет, в среднем $55,4 \pm 9,4$ года. Комбинированное лечение состояло из хондроитин сульфата посредством внутримышечных инъекций по 400 мг в неделю (курсовая доза 2,4 г) и элементов миофасциального релиза 2 раза в неделю по 30 минут с пассивным мышечным растяжением в сочетании с активным мышечным растяжением самостоятельно, самим пациентом, 5 раз в неделю. Обследование производилось до, через 3 и 6 месяцев от начала терапии. Уровень боли оценивали по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) днем и ночью в мм, болезненности при пальпации паравerteбральных точек и остистых отростков позвонков в баллах. Показатели качества жизни и их динамику анализировали с помощью опросника SF-36 (психический и физический компоненты) и теста «Индекс нарушения жизнедеятельности при болях в шее» по Вернону. Выраженность депрессивных расстройств оценивалась по шкале Бека. Статистическая обработка производилась с помощью пакетов прикладных программ Biostat и Statistica 10 (StatSoft Inc). Нормальное распределение оценивали по критерию Колмогорова-Смирнова/Лиллифорса, а также критерию Шапиро-Уилка. Сравнение нескольких зависимых выборок производилось с помощью коэффициента конкордации Кендалла. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Через 3 месяца от начала терапии дневная боль в области шеи по ВАШ снизилась на 57,6%, через 6 – на 73,7% ($p < 0,000001$). Ночная боль в области шеи через 3 месяца уменьшилась на 71,7%, через 6 – на 83,3% ($p < 0,000001$). Пальпаторная болезненность паравerteбральных точек снизилась на 67,5% и 77,5% ($p < 0,000001$), остистых отростков позвонков – на 95% и 99,3% ($p = 0,0009$) через 3 и 6 месяцев соответственно. Через 3 месяца от начала терапии индекс Вернона уменьшился на 28,7%, через 6 месяцев – на 16,6% ($p = 0,001$).

Улучшение психического компонента здоровья по опроснику SF-36 было отмечено к 3 и 6 месяцам мониторинга и составило 84,7% и 79,4% соответственно ($p = 0,001$). Физический компонент здоровья через 3 и 6 месяцев от начала терапии увеличился по сравнению с исходным уровнем на 85,0% и 84,3% соответственно ($p = 0,001$). До лечения из общего количества пациентов отсутствие депрессивных тенденций наблюдалось у 24 человек (63,1%); легкий уровень депрессии зарегистрирован у 8 человек (21,1%); умеренная депрессия была у 6 пациентов (15,8%). Через 3 месяца лечения в подгруппе с удовлетворительным эмоциональным состоянием оказалось 34 человека (89,5%); в подгруппе с субдепрессией 4 человека (10,5%), в подгруппе с умеренной депрессией 0 человек. Достигнутый количественный состав не изменился и через 6 месяцев наблюдения. Качественный показатель выраженности депрессии по шкале Бека уменьшился на 44,8% и 60,6% ($p < 0,05$) соответственно через 3 и 6 месяцев от начала терапии по сравнению с исходным уровнем.

Выводы. Курсовая трехнедельная комбинированная терапия хондроитин сульфатом и миофасциальным релизом у пациентов с обострением ХНЦ значительно уменьшает субъективные и объективные характеристики болевого синдрома, положительно влияет на качество жизни пациентов, существенно снижая при этом выраженность депрессивных расстройств.

Процессы перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у больных бронхиальной астмой, сочетанной с ожирением.

Ярцева С.В.

Луганский государственный медицинский университет, Луганск

На сегодняшний день отмечается параллельное увеличение распространенности как ожирения, так и бронхиальной астмы (БА) во всем мире, что является серьезной медико-социальной проблемой. Сочетание БА и ожирения может способствовать взаимному отягощению и формированию «порочного» круга, к которому присоединяются другие патогенетические механизмы, ухудшающие течение БА. В патогенезе как БА, так и ожирения, определенная роль принадлежит состоянию системы перекисного окисления липидов – антиоксидантной защиты (ПОЛ-АОЗ).

Цель: оценить состояние окислительного стресса у больных БА, сочетанной с ожирением. Материалы и методы: обследовано 57 пациентов с БА легкой и средней степени тяжести контролируемого течения, возрастом 37–65 лет, среди которых 27 мужчин и 30 женщин. Контрольную группу составили 25 здоровых лиц (9 мужчин, 16 женщин), средний возраст – 30–39 лет. Наряду с общеклиническими обследованиями проводилась оценка антропометрических показателей (рост, вес, ОТ, ОБ), расчет индекса массы тела (ИМТ), интенсивность реакций ПОЛ определялась по уровню концентрации малонового диальдегида (МДА), диеновых конъюгатов (ДК), антиоксидантная активность по уровню каталазы и супероксиддисмутазы (СОД). Были сформированы 2 группы наблюдения. В 1-ую группу вошли 28 пациентов с БА и нормальной массой тела, во вторую группу 29 человек с БА и ожирением I-II степени (ИМТ – 30–30,9 кг/м²).

Результаты. У всех больных отмечалась интенсификация процессов ПОЛ, характеризующая увеличением в крови ДК по сравнению с показателями референтной нормы в 1,2 в 1-й группе и 1,6 раза

во 2-й группе, МДА в 1,5 и 1,9 раза, соответственно. Повышение МДА и ДК шло синхронно, достигая в отдельных случаях кратности увеличения по сравнению с показателями здоровых лиц в 2,9–3,7 раза. Одновременно у обследуемых выявлялось снижение каталитической способности ключевых ферментов АОЗ: каталазы в 0,9 и 1,2 раза и СОД в 0,7 и 1,1 раза в группах соответственно. Хотя усредненные показатели выявляли неэффективность функционирования системы АОЗ, персонифицированный анализ

показал, что в 75,4% случаев активность каталазы у больных была снижена, в 10,5% – не изменена и в 14,1% несколько повышена. Сходная тенденция выявлялась и в изменении активности СОД.

Выводы. У больных БА была зарегистрирована активация процессов ПОЛ, протекающая с угнетением системы АОЗ, сочетание заболевания с ожирением способствовало увеличению интенсивности процессов ПОЛ и более значимым изменением состояния АОЗ.

Биологические маркеры у больных ишемической болезнью сердца, проживающих в условиях высокогорья (на примере этнических карачаевцев Республики Карачаево-Черкесия).

Дотдаева А.А., Бойцов С.А.

Малокарачаевская центральная районная больница, Черкесск

Цель исследования: изучить частоту и степень выраженности биологических маркеров у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), проживающих в условиях высокогорья (на примере этнических карачаевцев республики Карачаево-Черкесия).

Задачи исследования 1) Сравнить частоту и степень выраженности некоторых биологических маркеров ИБС (толщина комплекса интима-медиа (ТИМ) сонных артерий, скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) у больных ИБС и лиц группы сравнения, проживающих в условиях высокогорья. 2) Изучить взаимосвязь факторов риска и биологических маркеров у больных ИБС, проживающих в условиях высокогорья.

Материалы и методы. В исследование включены 165 человек, постоянно проживающих на территории республики Карачаево-Черкесия. Высота проживания обследуемых – от 838 м до 1717 м над уровнем моря. В результате обследования сформированы 2 группы: больные ИБС (111 человек) и контрольная группа (54 человека). Группы сопоставимы по полу и возрасту: ($p > 0,05$). В ходе обследования применялись следующие методы: анкетирование, клиническое обследование, лабораторное обследование, инструментальное обследование (компьютерная сфигмография, ультразвуковое исследование сонных артерий и т.д.). Компьютерная сфигмография проводилась на сфигмографе VaSera VS-1000 (Fukuda Denishi, Япония). Для анализа был использован показатель СРПВ справа. Кроме СРПВ, измерялся лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ). У пациентов с облитерирующим атеросклерозом СРПВ исключалась из анализа в связи с недостоверно малыми значениями. Для определения степени атеросклеротического поражения артерий было проведено ультразвуковое исследование сонных артерий на ультразвуковом сканере ALOKA Prosound ALHPA 6 (Япония). Измерение толщины интимо-медиального слоя проводили с помощью программы Prosound (R. Selzer, США). Кроме измерения ТИМ и определения наличия бляшек, производилось количественное измерение степени максимального стеноза общей сонной и внутренней сонной артерии в процентах от общего просвета артерии. Результаты исследования. При сопоставлении значений средней ТИМ и максимальной выраженности стеноза просвета сонных артерий, обращает на себя внимание достоверная разница в данных у больных с ИБС, по сравнению с контрольной группой. У больных ИБС горных жителей Карачаево-Черкесии, выраженность стеноза и ТИМ сонных артерий больше, чем в группе сравнения (соответственно $39,9 \pm 3,6\%$ и $27,8 \pm 3,3\%$, $p < 0,05$; $0,632 \pm 0,02$ мм и $0,577 \pm 0,04$ мм, $p < 0,05$). Обнаружена достоверная положительная корреляция ТИМ, а также наличия атеросклеротической бляшки и стеноза сонных артерий с наличием ИБС ($p < 0,05$). В нашем исследовании доказано, что выраженность атеросклеротического поражения сонных артерий предсказуемо увеличивалась с возрастом и имела

прямую зависимость с несбалансированным питанием ($p < 0,05$). Величина максимальной выраженности стеноза сонных артерий имела прямую корреляцию с уровнем апобелка В, артериальной гипертензии (АГ) и объемом талии ($p < 0,05$). Средняя СРПВ в подгруппе больных ИБС без АГ составила $13,2 \pm 0,8$ м/с, в подгруппе с наличием АГ – $15,8 \pm 0,7$ м/с. В контрольной группе у пациентов без АГ СРПВ – $13,1 \pm 0,6$ м/с, с АГ – $15,1 \pm 1,1$ м/с. Достоверных различий в уровне СРПВ в обеих группах (группе с ИБС и в контрольной группе) у лиц с АГ и без АГ не выявлено. При определении корреляционной связи СРПВ с другими факторами риска выявлена умеренная прямая связь с возрастом пациента и уровнем АД, как в группе больных ИБС, так и в контрольной группе, что связано с увеличением артериальной ригидности и сосудистым ремоделированием ($p < 0,01$). Обнаружена отрицательная корреляционная связь между увеличением СРПВ и курением среди больных ИБС. Кроме того, по данным инструментального обследования, была выявлена положительная связь ТИМ с СРПВ на периферических артериях ($p < 0,05$).

Выводы 1. У больных ИБС горных жителей Карачаево-Черкесии в сравнении с контрольной группой среди изученных биологических маркеров ИБС (степень сужения и ТИМ сонных артерий, СРПВ) достоверно больше выраженность сужения и ТИМ сонных артерий. 2. Для показателя ТИМ сонных артерий выявлена положительная связь с наличием ИБС, АГ, возрастом, уровнем апобелка В, окружностью талии и фактором несбалансированного питания, а для показателя СРПВ с возрастом, ТИМ и выраженностью стеноза сонных артерий.

Состояние сосудисто-эндотелиального фактора роста и его рецепторов при дисплазии соединительной ткани.

Зангелова Т.Э.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Введение. Несмотря на несомненные успехи в изучении проблемы дисплазии соединительной ткани (ДСТ), актуальность поиска новых методов диагностики и прогноза патологии обусловлена фактом широкой распространённости её в популяции и преобладанием среди пациентов лиц молодого, трудоспособного возраста, прогностической неоднородностью группы. Идея. Важным дополнением к клинико-лабораторному подходу в оценке прогноза пациентов с ДСТ могут быть молекулярные исследования, открывающие перспективы выявления общих закономерностей формирования диспластических проявлений в аспекте естественного течения и формирования риска прогностически неблагоприятных событий. Цель: оценить уровни сосудисто-эндотелиального фактора роста А (VEGF-A), рецепторов сосудисто-эндотелиального фактора роста первого (VEGF-R1) и второго (VEGF-R2) типов в сыворотке крови пациентов с ДСТ. Материал и методы. Обследовано 83 пациента (61 мужчина, 22 женщины, средний возраст $21,93 \pm 4,22$ лет) с ДСТ. Соединительнотканная дисплазия верифицировалась на основании Российских

рекомендаций (1 пересмотр) «Наследственные нарушения соединительной ткани в кардиологии. Диагностика и лечение» (2012). Критерии включения: подписание информированного добровольного согласия на участие в исследовании; наличие фенотипических диспластических признаков; мужчины и женщины в возрасте от 18 до 35 лет. Критерии исключения: отказ пациента от участия в исследовании; моногенные наследственные синдромы (Марфана, Элерса-Данло и др.); сердечно-сосудистая патология (артериальная гипертензия, некоронарогенные заболевания миокарда, пороки сердца, травмы грудной клетки и др.); диффузные болезни соединительной ткани (системная красная волчанка, ревматоидный артрит и др.); острые или обострения хронических воспалительных и/или инфекционных заболеваний в течение последних 3-х месяцев; оперативное вмешательство в течение последних 2-х месяцев; злокачественные заболевания; эндокринная патология; беременность и женщины в послеродовом периоде. Контрольную группу составили 20 здоровых людей, сопоставимых по полу и возрасту, не имеющих внешних и висцеральных признаков ДСТ. Проводили иммуноферментный анализ сывороточных уровней VEGF-A, VEGF-R1 и VEGF-R2 («Bender MedSystems GmbH», Австрия). Статистическую обработку данных осуществляли с использованием программы «AtteStat 10.5.1». Достоверными считали различия при $p < 0,05$. Результаты и обсуждение. На основании комплексного фенотипического обследования установили следующие диспластические синдромы и фенотипы: синдром пролапса митрального клапана (92,77 %), доброкачественная гипермобильность суставов (1,2 %), неклассифицируемый фенотип (1,2 %), повышенная диспластическая стигматизация (3,61 %) и повышенная, преимущественно висцеральная, стигматизация (1,2 %). Для детальной характеристики сывороточного уровня VEGF-A и его рецепторов у пациентов с ДСТ проводили анализ перцентильных диапазонов их концентраций. За границы нормы были приняты полученные у здоровых людей перцентильные уровни 2,5–97,5. Оказалось, что оптимальные значения VEGF-A ($\chi^2=23,87$, $p < 0,001$), VEGF-R1 ($\chi^2=51,10$, $p < 0,001$) и VEGF-R2 ($\chi^2=9,26$, $p = 0,002$) у пациентов с ДСТ регистрировались реже, чем у здоровых людей. Количество наблюдений высокого ($\chi^2=8,71$, $p = 0,003$) и низкого ($\chi^2=3,92$, $p = 0,048$) уровней VEGF-A, низкого – VEGF-R1 ($\chi^2=31,70$, $p < 0,001$) в группе пациентов с ДСТ превышало таковое в контроле. Факт повышения VEGF-A наряду со снижением его сильного антагониста – VEGF-R1 указывает на отклонения в системе регуляции баланса сигнальной трансдукции. Отмечена также отчетливая тенденция к повышению случаев ДСТ с высокой сывороточной концентрацией VEGF-R2 ($\chi^2=3,79$, $p = 0,05$). Данный рецептор отвечает за реализацию основных функций VEGF в отношении эндотелиальных клеток (стимуляция их пролиферации, миграции, выживаемости и формирования первичных сосудистых структур) и кровеносных сосудов (повышение их проницаемости и дилатации).

Выводы: 1) У пациентов с ДСТ (преимущественно синдромом пролапса митрального клапана) выявлен дисбаланс в сывороточном содержании сосудисто-эндотелиального фактора роста и его рецепторов в виде увеличения случаев с повышенным уровнем сосудисто-эндотелиального фактора роста А и сниженным – рецепторов сосудисто-эндотелиального фактора роста первого типа. 2) Измерение уровней сосудисто-эндотелиальных факторов роста у молодых пациентов с ДСТ может быть использовано для скрининга, в первую очередь, субклинической эндотелиальной дисфункции.

Клинико-морфометрические особенности почек у больных острым коронарным синдромом и атеросклеротическим поражением почечных артерий.

Кобзева Н.Д., Терентьев В.П., Куликовских Я.В.

*Ростовский государственный медицинский университет,
Ростовская областная клиническая больница, Ростов-на-Дону*

Эпидемиологические исследования выявляют высокую частоту почечной дисфункции у пациентов, госпитализированных с ОКС. Поражение сосудов почек, а также связанное с ним нарушение их функции у больных с ОКС рассматривается в настоящее время, как составная часть кардиоренального синдрома, формирование которого оказывает существенное влияние на течение патологического процесса, эффективность лекарственной терапии и прогноз жизни больных с острой коронарной катастрофой. Согласно данным отечественных и зарубежных авторов, нарушение функции почек встречается у 30-40 % больных с ОКС. Целью исследования явилось изучение клинико-морфометрических особенностей почек у больных ОКС и атеросклеротическим поражением почечных артерий. В исследование было включено 323 пациента ОКС, находившихся на лечении в отделении неотложной кардиологии ГБУ РО РОКБ. Из них мужчин-217 человек (67,2 %), женщин -106 человек (32,8%), средний возраст обследованных больных-59,6±0,51 лет. Всем пациентам в динамике проводили регистрацию ЭКГ в покое, Холтеровское мониторирование ЭКГ, ультразвуковое исследование сердца, ультразвуковое исследование почек, коронарографию для оценки степени поражения коронарных сосудов, селективную ангиографию почечных сосудов, стандартные биохимические исследования. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле СКД-EPI. Критериями исключения из исследования были пациенты с тяжелыми сопутствующими заболеваниями почек и печени. Анализ полученного материала показал, что среди обследованных пациентов многососудистое поражение коронарного русла встречалось чаще (70,9%), чем поражение одной коронарной артерии (29,1%). У 80 больных было обнаружено атеросклеротическое поражение почечных артерий (24,7%). Одностороннее поражение почечных артерий встречалось у 47 пациентов (58,8%), при этом гемодинамически значимый стеноз (> 50%) верифицирован у 38,3 % из них. Двустороннее поражение встречалось у 33 пациентов (41,2 %). Обращал внимание более высокий процент выявления гемодинамически значимого стеноза у пациентов с двусторонним поражением почечных артерий (57,4 %). Наличие выявленной разницы морфометрических параметров почек по данным УЗИ не исключало возможное развитие нефросклероза. Наличие почечной дисфункции чаще отмечалось у пациентов с ОКС и поражением почечных артерий. Анализ полученного фактического материала показал, что у пациентов с поражением почечных артерий уровень креатинина составил $103,1 \pm 3,4$ мкмоль/л, в то время как у больных без стеноза почечных сосудов- $86,8 \pm 1,6$ мкмоль/л. Более выраженное снижение функции почек отмечалось на фоне атеросклеротического стеноза почечных артерий, так СКФ у пациентов с атеросклерозом почечных артерий составила $61,7 \pm 1,9$ мл/мин/1,73 м², у больных ОКС и без стеноза почечных артерий- $72,3 \pm 1,1$ мл/мин/1,73 м². Обращает внимание тенденция нарастания уровня креатинина в зависимости от степени прогрессирования атеросклеротического поражения почечных артерий. Таким образом, выявлена широкая

распространенность атеросклеротического поражения почечных артерий у больных с ОКС. Обращает внимание зависимость степени снижения почечной функции от наличия атеросклеротического процесса почечных артерий у больных ОКС.

Роль дефицита витамина D в достижении устойчивого вирусологического ответа при хроническом вирусном гепатите С.

Липов А.В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Роль дефицита витамина D в прогрессировании фиброза и снижении шанса достижения устойчивого вирусологического ответа (УВО) в результате стандартной противовирусной терапии (ПВТ) у больных хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) является обсуждаемой проблемой. В клинической практике применяют определение 25(ОН)D – основного метаболита витамина D, присутствующего в крови. Цель исследования: Определить клиническое значение сывороточных уровней 25(ОН)D у больных ХВГС. Материал и методы. Обследовано 80 больных ХГС (41 мужчина и 39 женщин). Генотип 1b HCV определялся у 48 пациентов, генотип 3 – у 29 больных, генотип 2 – у 3 чел. У 14 пациентов определялся тяжелый фиброз (F4) – > 12,5 кПа по данным эластомерии печени. В контрольную группу вошли 20 здоровых добровольцев. Содержание 25(ОН)D в сыворотке крови определялось методом ИФА («IDS Ltd»). Результаты. У больных ХВГС содержание в крови 25(ОН)D составило 36,07±1,24 нмоль/л, что было значительно ниже, чем в группе контроля (84,95±2,05 нмоль/л; $p < 0,001$). У пациентов с уровнем фиброза F4 выявлялись самые низкие значения 25(ОН)D в сыворотке крови – 28,75±2,05 нмоль/л. 40 пациентов были пролечены стандартной ПВТ препаратами пегилированного ИФН-α и рибавирина. Из них УВО был зарегистрирован у 22 пациентов (55%), отсутствие УВО – у 18 больных. У пациентов с УВО имелись сравнительно более высокие исходные показатели содержания в сыворотке крови 25(ОН)D, чем у нон-респондеров. Исходно низкие показатели 25(ОН)D в крови определяют необходимость добавления к стандартной ПВТ препаратов прямого противовирусного действия или применения безинтерфероновых схем.

Заключение. У больных ХВГС содержание в крови 25(ОН)D ниже, чем у здоровых. Наиболее значимое снижение показателя витамина D отмечается при тяжелом фиброзе. Исходный уровень 25(ОН)D в крови, вероятно, может служить предиктором ответа на стандартную ПВТ препаратами ПегИФН-α и рибавирином.

Оценка липидного профиля у больных с кардиореспираторной патологией.

Смирнова А.С., Гасендич Е.С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, Донецк

Введение. В настоящее время проблема коморбидности хронической сердечной недостаточности (ХСН) и хронической

обструктивной болезни легких (ХОБЛ) приобретает исключительную актуальность. Активно обсуждается роль хронического персистирующего воспаления, сопровождающего ХОБЛ, и его вклад в патогенез атеросклероза при сердечно-сосудистых заболеваниях. Цель исследования. Оценить уровень основных показателей липидного профиля у больных с кардиореспираторной патологией. Материал и методы. Под наблюдением находились 102 пациента (58 мужчин и 44 женщины, средний возраст 68,2±4,5 лет): 54 пациента, страдающих ХСН ишемического генеза II-IV функционального класса (ФК) со сниженной (<45%) фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) в сочетании с ХОБЛ (II-IV спирометрическая стадия по GOLD) (основная группа) и 48 больных ХСН ишемической этиологии II-IV ФК со сниженной (<45%) ФВ ЛЖ без бронхолегочной патологии (контрольная группа). Для оценки липидного профиля определяли уровень общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) и холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП). Результаты нашего исследования показали, что у пациентов с коморбидной патологией ХСН и ХОБЛ регистрируются достоверно ($p < 0,05$) более высокие уровни ОХ (7,38±0,16 и 6,23±0,81 ммоль/л, соответственно) и ХС ЛПНП (3,78±0,25 и 3,46±0,84 ммоль/л, соответственно). Концентрация ХС ЛПВП оказалась достоверно ($p < 0,05$) более низкой в основной группе пациентов (1,31±0,22 и 1,73±0,21 ммоль/л, соответственно). В уровнях ТГ существенной разницы между группами выявлено не было (2,12±0,08 и 2,02±0,03 ммоль/л, соответственно). Выводы. У пациентов с сочетанной патологией ХОБЛ и ХСН нарушения липидного обмена проявляются гиперхолестеринемией, высокой концентрацией ХС ЛПНП, пониженным содержанием ХС ЛПВП, что соответствует IIa типу дислипидемий по классификации А. Fredrikson.

Сосудистый возраст и масса тела у лиц молодого возраста: опыт работы центра студенческого здоровья СТГМУ.

Фурсова Е.Н., Евсеева М.Е., Сергеева О.В., Русиди А.В., Смирнова Т.А., Коновалова Н.М., Итальянцева Е.В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Актуальность. Сосудистый возраст (СВ) расценивается, как предиктор развития возможных сердечно-сосудистых осложнений в будущем. Однако до настоящего времени этот параметр оценивался в основном у лиц зрелого возраста. Имеются доказательства начальных атеросклеротических изменений в артериях в молодом и даже детском возрасте. До сих пор не изучено влияние массы тела (МТ) на СВ у лиц молодого возраста. Цель - оценить СВ у юношей и его различия с их паспортным или хронологическим возрастом (ПВ) во взаимосвязи с показателями массы тела. Материал и методы. 100 юношей-студентов СТГМУ в возрасте от 16 до 21года прошли скрининг на наличие основных факторов риска и обследованы с помощью программно-диагностического комплекса «Ангиоскан-01» AngioScan-01 (производство Россия) на базе центра студенческого здоровья медицинского университета. При этом анализировали такие показатели, как SI - Индекс жесткости (Stiffness Index), Slr - Устойчивый индекс жесткости (Reference Stiffness Index), RI -

Индекс отражения (Reflection Index), Alp - Индекс увеличения (Augmentation Index), Alp - Индекс увеличения при ЧП=75 (Augmentation Index @ HR=75), AGI - Возрастной индекс (Aging Index), VA - Возраст сосудистой системы (Vascular Aging) и другие. Всех обследованных разделили на 4 группы с учётом их индекса МТ: 1гр. – до 19; 2гр. – 19,1-21; 3гр. – 21,1-23; 4гр. – 23,1-25; 5гр. – более 25 кг/м². Кроме упомянутых выше показателей в пяти группах наблюдения оценивали разницу между паспортным и сосудистым возрастом (Δ), которую выражали от – 10 лет до + 50 лет в зависимости от уровня указанных различий. Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета программ «STATISTICA 6.0». Результаты. Оказалось, что встречаемость случаев среди юношей более высокого СВ по сравнению с ПВ составила всего 41%. Соответствие этих двух показателей отмечено у 45%, а более низкий СВ по сравнению с ПВ зарегистрирован лишь у 14%. При этом число лиц с превышением в диапазоне до 10 лет составило 23%, до 20лет - 11%, до 30лет - 7%, до 40 лет и более – 0%. Случаи с превышением ПВ более 10 лет среди групп наблюдения отмечались со следующей частотой: 1гр. 1%, 2гр. 3%, 3гр. - 3% 4гр. - 4% и 5 гр- 7%. Случаи максимального различия выявлены среди лиц 4 и 5 групп наблюдения. Интересно, что лица с СВ равным ПВ или более низким по сравнению с ПВ отсутствуют в крайних группах – не только в пятой, но и в первой группе наблюдения. Примечательно также, что среди лиц с дефицитарной массой тела чаще встречались носители особенного фенотипа с повышенным числом стигм дизэмбриогенеза. Заключение. Представленные результаты указывают на наличие постарения сосудистой стенки уже в молодом возрасте у значительной части юношей в возрасте от 16 до 21 года, проживающих в Северо-Кавказском регионе России. Ассоциированность повышения сосудистого возраста у юношей с увеличением их массы тела свидетельствует о необходимости целенаправленного внедрения мотивационно-образовательных технологий, нацеленных на формирование положительных пищевых стереотипов у данной категории населения. Встречаемость случаев сосудистого постарения среди лиц с нормальной и даже сниженной массой тела требует дальнейшего углублённого исследования.

Восстановительное лечение хронического холецистита с использованием левокарнитина.

Шейкина А.И.

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания, Научно-исследовательский институт медицинской климатологии и восстановительного лечения, Егорьевск, Владивосток

Цель – изучить действие левокарнитина на состояние липидного, белкового обмена и внутрипеченочную гемодинамику у больных хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) в фазе ремиссии. В исследовании участвовало 65 больных ХНХ и 20 здоровых лиц (контрольная группа) на условиях добровольного информированного согласия. Методом рандомизации пациенты были разделены на две группы - в 1-й группе пациенты (34 чел.) получали диет-, бальнеотерапию в виде внутреннего приема минеральной воды «Ессентуки 17» и 20%-ный раствор левокарнитина в суточной дозе 3 г; во 2-ой группе (31 чел.) - диет- и бальнеотерапию. Курс лечения составил 21 день.

Метаболический статус у 72,3% больных хроническим холециститом характеризовался дислипидемией с увеличением ХС ЛПНП в 1,5 раза ($p<0,01$), ТГ в 2 раза ($p<0,01$), ОХС в 1,3 раза ($p<0,01$) и снижением ХС ЛПВП в 1,7 раза ($p<0,01$) относительно показателей в контрольной группе. У 95,4% больных выявлена диспротеинемия, характеризующаяся снижением альбумина на 13% ($p<0,05$) и повышением α 1-глобулина на 29,7% ($p<0,01$), β -глобулина – на 30,4% ($p<0,01$) и γ -глобулина – на 48,6% ($p<0,01$). В 36,9 % случаев выявлено увеличение АлАТ и АсАТ в 1,5 раза ($p<0,01$), что свидетельствовало о развитии у больных умеренно выраженного цитолитического синдрома. Внутрипеченочная гемодинамика у 75 % больных характеризовалась снижением реографического индекса (РИ) в 2 раза ($p<0,05$), укорочением времени медленного кровенаполнения (ВМКН) на 27,3% ($p<0,05$), времени максимального систолического наполнения сосудов (ВМСН) на 22,2% ($p<0,05$), снижением скорости быстрого наполнения (V_{max}) на 13,3% и средней скорости медленного наполнения артерий ($V_{ср}$) на 68,6% ($p<0,01$). Что указывало на снижение кровотока вследствие гипотонуса мелких артерий, уменьшения их тонико-эластического сопротивления и развития печеночно–артериальной гиповолемии. Увеличение ВМСН на 23,8% ($p<0,05$) сочеталось с удлинением ВМКН на 23% ($p<0,05$), повышением $V_{ср}$ на 33,3% ($p<0,01$), а также снижением V_{max} на 24% ($p<0,05$) и диастолического индекса (ДИА) на 17,1%. Данные изменения указывали на нарушение оттока крови из артериального русла в венозное вследствие гипотонуса вен, повышения тонуса, тонико-эластического сопротивления мелких артерий и снижения тонико-эластического сопротивления крупных артерий для поддержания объемно-скоростного кровотока в печени. После курса восстановительного лечения у пациентов 1-й группы снизилось содержание ОХС на 17% ($p<0,05$), ХС ЛПНП на 22,6% ($p<0,01$) и ТГ в 2 раза ($p<0,01$). Увеличилась доля альбуминов на 11% ($p<0,01$) и уменьшилась доля γ -глобулина на 45,6% ($p<0,01$). Отмечалось снижение АлАТ и АсАТ до нормальных значений. У пациентов с исходно сниженным пульсовым кровенаполнением печени отмечалось увеличение РИ в 4 раза ($p<0,001$) на фоне увеличения V_{max} и $V_{ср}$; при исходно нормальном пульсовом кровенаполнении печени отмечалось увеличение ДИА в 1,5 раза ($p<0,001$), снижение $V_{ср}$ на 41% ($p<0,001$). Во 2-й группе - отмечалось лишь увеличение содержания ХС ЛПВП на 30,3% ($p<0,01$) и снижение доли γ -глобулина на 25,6% ($p<0,05$) и незначительное снижение уровня трансаминаз. Показатели внутрипеченочной гемодинамики до и после курса лечения статистически значимо не отличались. Таким образом, лечебный комплекс с левокарнитином при ХНХ оказывает гипохолестеринемическое, гипотриглицеридемическое, гепатопротекторное действие и умеренно выраженное влияние на белоксинтетическую функцию печени за счет способности тилизировать липиды путем ферментативного расщепления и активизации процессов транспорта из цитоплазмы в митохондрии жирных кислот, где они подвергаются β -окислению. В основе его влияния на белковый обмен лежит способность левокарнитина регулировать скорость синтеза молекул иммуноглобулина. Левокарнитин дифференцированно воздействует на состояние внутрипеченочной гемодинамики, активизирует кровенаполнение печени в случае его снижения, восстанавливает кровоток по артерио-венозному руслу, увеличивает тонико-эластическое сопротивление мелких артерий и вен. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности его использования в восстановительном лечении хронического холецистита с целью коррекции метаболических и гемодинамических нарушений.

Прогностическое значение некоторых клинико-генетических факторов при кальцинозе аортального клапана.

Щеглова Е.В., Боева О.И.

Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь

Актуальность поиска факторов, определяющих прогноз при аортальном клапанном кальцинозе, продиктована рядом причин: высокой распространенностью данной патологии, отсутствием разработанных профилактических мер, поздней клинической манифестацией и неотвратимостью операции в случае формирования клапанного стеноза. Целью настоящего исследования было выявить клинико-генетические предпосылки к прогрессированию кальцинирующей болезни аортального клапана (КБАК). Проведено проспективное исследование. Основную группу составили 102 пациента с кальцинозом аортального клапана (АК), средний возраст $72,5 \pm 7,5$ лет, 48,5% мужчин. Все участники исследования подвергались стандартному клинико-лабораторному и инструментальному кардиологическому обследованию. У 32,4% больных отсутствовали признаки стенозирования АК, у 44,1% отмечался незначительный, у 7,4% – умеренный, у 16,2% – выраженный кальцинированный аортальный стеноз. Генотипирование проводили методом ПЦР с электрофоретической детекцией результата (субстратом служила лейкоцитарная ДНК). Определяли генетические полиморфизмы: Leu28Pro (rs80357266) гена аполипопротеина E (apoE), Gln192Arg (rs662) гена параоксоназы 1 (PON1), 8202 A>G (rs1169732) гена матричной металлопротеиназы 9 типа (MMP9), 536 C>T (rs11551797) гена тканевого ингибитора матричных металлопротеиназ 1 типа (TIMP1), 66T>G (rs28357094) гена остеопонтина (OPN), 138T>C (rs1800802) и 7G>A (rs1800801)

гена матричного GLA-протеина (MGP) и Tag1 C>T (rs 731236) гена рецептора витамина D (VDR). Период наблюдения составил от 2 до 4 лет (в среднем, $2,9 \pm 0,3$ года). В качестве комбинированной первичной конечной точки учитывали клинические исходы: смерть, связанная с сердечно-сосудистыми событиями; инфаркт миокарда (ИМ); острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК); нестабильная стенокардия (НС), процедуры реваскуляризации миокарда, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Суррогатная конечная точка – появление и/или нарастание степени стеноза аортального клапана. Статистический анализ проводился с использованием ППП SPSS 21 for Windows. За период наблюдения умерли 5 больных КБАК, 4 перенесли ИМ, 6 – ОНМК, у пятерых произошла ТЭЛА, двое подверглись реваскуляризации миокарда. У 18 из 33 пациентов без аортального стеноза появились признаки сужения просвета клапана. Скорость сужения просвета АК составила в среднем $0,16 \pm 0,12$ см/год, скорость трансклапанного кровотока возростала на 27 ± 20 см/сек/год. Из клинико-анамнестических факторов на скорость сужения клапана значимое влияние оказывали ожирение ($0,32 \pm 0,12$ см/год при ожирении vs $0,07 \pm 0,03$ см/год без него, $p < 0,05$) и мужской пол ($0,35 \pm 0,11$ см/год у мужчин vs $0,08 \pm 0,04$ см/год у женщин, $p < 0,05$). По данным ПЦР скорость сужения просвета аортального клапана была выше у носителей минорных аллелей генов OPN ($0,42 \pm 0,14$ см/год vs $0,1 \pm 0,06$ см/год, $p < 0,05$) и MMP9 ($0,56 \pm 0,21$ см/год vs $0,12 \pm 0,06$ см/год, $p < 0,05$). Минорный аллель гена PON 1, наоборот, способствовал более стабильному течению заболевания ($0,09 \pm 0,06$ см/год vs $0,33 \pm 0,11$ см/год, $p < 0,05$). Ассоциации других генетических полиморфизмов со скоростью сужения клапанного просвета выявлено не было. Таким образом, установлено, что мужской пол, ожирение, а также носительство минорных аллелей генов OPN и MMP9 способствуют прогрессированию кальцинирующей болезни аортального клапана, тогда как минорный аллель гена PON1 обладает протекторным эффектом.

**Сборник материалов
III Съезда терапевтов Северо-Кавказского федерального округа**

Дизайн-макет, верстка и полиграфия:

ООО «КСТ Интерфорум»

Сдано в набор 18.04.2016. Подписано в печать 25.04.2016. Бум. офсет. 205x290/8
Гарнитура Calibri. Печать офсетная. Тираж 1000 экз.

ООО «КСТ Интерфорум», 117420 Москва, ул. Профсоюзная, д. 57, тел.: +7 (495) 332-02-45

Эссенциале® форте Н

Содержит фосфолипиды EPL в высокой концентрации (76%) и оказывает тройной эффект:

- антифибротический
- антиоксидантный
- мембраностабилизирующий^{1,2,3}



Более 240 клинических исследований на фосфолипидах EPL³

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ЭССЕНЦИАЛЕ® ФОРТЕ Н

Регистрационный номер и дата. П N011496/01 от 10.08.10.

Торговое название. Эссенциале® форте Н. **Лекарственная форма.** Капсулы. **Состав.** В 1 капсуле содержится активный ингредиент: фосфолипиды из соевых бобов, содержащие 76% 3-сп-фосфатидилхолина (синонимы: EPL, эссенциальные фосфолипиды) – 300 мг. **Фармакотерапевтическая группа.** Гепатопротекторное средство. **Код АТХ.** A05C. **Показания к применению.** Хронические гепатиты, цирроз печени, жировая дистрофия печени различной этиологии, алкогольный гепатит, токсические поражения печени, токсикоз беременности, профилактика рецидивов образования желчных камней, псориаз (в качестве средства вспомогательной терапии), радиационный синдром. **Противопоказания.** Индивидуальная непереносимость препарата. Детский возраст до 12 лет. **Способ применения и дозы.** По 2 капсулы 3 раза в день во время еды. Как правило, продолжительность приема неограниченна. **Побочные действия.** Желудочный дискомфорт, мягкий стул, диарея, кожные аллергические реакции. Для более подробной информации ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению препарата. Эссенциале® форте Н назначается в составе комплексной терапии.

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Эссенциале® форте Н (P 011496/01 – 22.09.11).
2. Kuntz E., Kuntz H. D. Hepatology, Principles and practice: history, morphology, biochemistry, diagnostics, clinic, therapy. SpringerScience & Business Media, 2006.
3. Gundermann K.-J. et al. Activity of essential phospholipids (EPL) from soybean in liver diseases // Pharmacological Reports. 2011. Vol. 63. P. 643–659.

Если симптомы сохраняются после нескольких дней терапии, проконсультируйтесь со специалистом.

АО «Санофи Россия». 125009, Москва, ул. Тверская, д. 22.
Тел.: (495) 721-14-00, факс: (495) 721-14-11.
www.sanofi.ru, www.essentiale.ru, RU.PCH.15.10.62

SANOFI 

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ, ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ



Ксарелто®: доверие, основанное на рандомизированных исследованиях и реальной клинической практике¹⁻³

- ◆ Опыт практического применения Ксарелто® по 7 показаниям более чем у 15 миллионов пациентов^{4,5}
- ◆ Ксарелто® – наиболее часто назначаемый новый пероральный антикоагулянт в мире⁶



КСАРЕЛТО®

Международное непатентованное название: ривароксабан.

Лекарственная форма: таблетки покрытые пленочной оболочкой, 1 таблетка, покрытая пленочной оболочкой, содержит 2,5/10/15/20 мг ривароксабана микронизированного.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: профилактика смерти вследствие сердечно-сосудистых причин и инфаркта миокарда у пациентов после острого коронарного синдрома (ОКС), протекавшего с повышением кардиоспецифических биомаркеров, в комбинированной терапии с ацетилсалициловой кислотой или с ацетилсалициловой кислотой и тиагопидином – клопидогрелем или тиклопидином (для таблеток 2,5 мг); профилактика венозной тромбоэмболии (ВТЭ) у пациентов, подвергающихся большому ортопедическим оперативным вмешательствам на нижних конечностях (для таблеток 10 мг); для профилактики инсульта и системной тромбоэмболии у пациентов с фибрилляцией предсердий неклапанного происхождения (для таблеток 15/20 мг); лечение тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии и профилактика рецидивов ТГВ и ТЭЛА (для таблеток 15/20 мг).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: повышенная чувствительность к ривароксабану или любому вспомогательному веществу таблеток; клинически значимые активные кровотечения (например, внутричерепное кровоизлияние, желудочно-кишечное кровоизлияние); заболевания печени, протекающие с коагулопатией, ведущей к клинически значимому риску кровотечения; беременность и период лактации (период грудного вскармливания); детский возраст до 18 лет; у пациентов с тяжелой почечной недостаточностью (клиренс креатинина < 15 мл/мин); сопутствующая терапия каким-либо другими антикоагулянтами, например, нефракционированным гепарином, низкомолекулярными гепаринами (эноксапарин, далтепарин и др.), производными гепарина (фондапаринукс и др.), пероральными антикоагулянтами (варфарин, апиксабан, дабигатран и др.), кроме случаев, когда пациент переводится с терапии или на терапию препаратом Ксарелто®, или же когда НФГ назначается в низких дозах для поддержания проходимости центрального венозного или артериального катетера; наследственная непереносимость лактозы или галактозы (например, врожденный дефицит лактазы или глюкозогалактозная мальабсорбция) (в связи с наличием в составе лактозы).

Дополнительно для таблеток 2,5 мг: цирроз печени и нарушения функции печени класса В и С по классификации Чайлд-Пью; лечение ОКС при помощи антиагрегантов у пациентов, перенесших инсульт или транзиторную ишемическую атаку;

Дополнительно для таблеток 10 мг: цирроз печени и нарушения функции печени класса В и С по классификации Чайлд-Пью;

Дополнительно для таблеток 10/15/20 мг: повреждение или состояние, связанное с повышенным риском большого кровотечения (например, имеющаяся или недавно перенесенная желудочно-кишечная язва, наличие злокачественных опухолей с высоким риском кровотечения, недавние травмы головного или спинного мозга, операции на головном, спинном мозге или глазах, внутричерепное кро-

воизлияние, диагностированный или предполагаемый варикоз вен пищевода, артериовенозные мальформации, аневризмы сосудов или патология сосудов головного или спинного мозга).

С ОСТОРОЖНОСТЬЮ: при лечении пациентов с повышенным риском кровотечения (в том числе при врожденной или приобретенной склонности к кровоточивости, неконтролируемой тяжелой артериальной гипертензии, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения, недавно перенесенной острой язве желудка и 12-перстной кишки, сосудистой ретинопатии, недавно перенесенном внутричерепном или внутримозговом кровоизлиянии, при наличии известных аномалий сосудов спинного или головного мозга, после недавно перенесенной операции на головном, спинном мозге или глазах, при наличии бронхоэктазов или легочном кровоизлиянии в анамнезе); при лечении пациентов с почечной недостаточностью средней степени тяжести (клиренс креатинина 49–30 мл/мин), получающих одновременно препараты, повышающие концентрацию ривароксабана в плазме крови; при лечении пациентов с тяжелой почечной недостаточностью (клиренс креатинина 15–29 мл/мин) следует соблюдать осторожность, поскольку концентрация ривароксабана в плазме крови у таких пациентов может значительно повышаться (в среднем в 1,6 раза) и вследствие этого такие пациенты подвержены повышенному риску как кровотечения, так и тромбоза; у пациентов, получающих лекарственные препараты, влияющие на гемостаз (например, НПВП, антиагреганты или другие антитромботические средства); у пациентов, получающих системное лечение противогрибковыми препаратами азоловой группы (например, ветоконазолом, итраконазолом, вориконазолом и позаконазолом) или ингибиторами протеазы ВИЧ (например, ритонавиром). Эти лекарственные препараты могут значительно повышать концентрацию ривароксабана в плазме крови (в среднем в 2,6 раза), что увеличивает риск развития кровотечения. Азоловый противогрибковый препарат флуконазол оказывает менее выраженное влияние на экспозицию ривароксабана и может применяться с ним одновременно.

Дополнительно для таблеток 2,5/15/20 мг: Пациенты с тяжелой почечной недостаточностью или повышенным риском кровотечения и пациенты, получающие сопутствующее системное лечение противогрибковыми препаратами азоловой группы или ингибиторами протеазы ВИЧ, после начала лечения должны находиться под пристальным контролем для своевременного обнаружения осложнений в форме кровотечения.

Дополнительно для таблеток 10 мг: У пациентов с риском обострения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки может быть оправдано назначение профилактического противоязвенного лечения.

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ. Учитывая механизм действия, применение Ксарелто® может сопровождаться повышенным риском скрытого или явного кровотечения из любых органов и тканей, которое может приводить к постгеморрагическому анемии. Риск развития кровотечений может увеличиваться у пациентов с неконтролируемой артериальной

гипертензией и/или при совместном применении с препаратами, влияющими на гемостаз. Геморрагические осложнения могут проявляться слабостью, бледностью, головокружением, головной болью, одышкой, а также увеличением конечности в объеме или шоком, которые невозможно объяснить другими причинами. В некоторых случаях вследствие анемии развивались симптомы ишемии миокарда, такие как боль в груди и стенокардия. Наиболее частыми НЛР у пациентов, применявших препарат, являлись кровотечения. Также часто отмечаются анемия (включая соответствующие лабораторные параметры), кровоизлияние в глаз (включая кровоизлияние в конъюнктиву), кровоизлияние десен, желудочно-кишечное кровоизлияние (включая ректальное кровоизлияние), боли в области желудочно-кишечного тракта, диспепсия, тошнота, запор, диарея, рвота, лихорадка, периферические отеки, снижение общей мышечной силы и тонуса (включая слабость и астению), кровоизлияние после медицинской манипуляции (включая послеоперационную анемию и кровоизлияние из раны), избыточная гематома при ушибе, боли в конечностях, головокружение, головная боль, кровоизлияние из урогенитального тракта (включая гематурию и меноррагию), повышение активности «печеночных» трансаминаз, поражение почек (включая повышение уровня креатинина, повышение уровня мочевины), носовое кровоизлияние, кровохарканье, зуд (включая частые случаи генерализованного зуда), сыпь, экхимоз, кожные и подкожные кровоизлияния, выраженное снижение артериального давления, гематома.

Регистрационный номер: для таблеток 2,5 мг: ЛП-002318. Актуальная версия инструкции от 04.08.2015; для таблеток 10 мг: ЛСР-009820/09. Актуальная версия инструкции от 08.06.2015; для таблеток 15/20 мг: ЛП-001457. Актуальная версия инструкции от 09.06.2015.

Производитель: Байер Фарма АГ, Германия.

Отпускается по рецепту врача.

Подробная информация содержится в инструкциях по применению.

Литература: 1. Patel M.R., Mahaffey K.W., Garg J. *et al.* Rivaroxaban versus Warfarin in non-valvular atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2011; 365(10): 883–91. 2. Camm J., Amarenco P., Haas S. *et al.* XANTUS: A Real-World, Prospective, Observational Study of Patients Treated with Rivaroxaban for Stroke Prevention in Atrial Fibrillation. *Eur Heart J.* 2015; doi:10.1093/eurheartj/ehv466. 3. Tamayo S., Peacock F., Patel M. *et al.* Characterizing major bleeding in patients with non-valvular atrial fibrillation: a pharmacovigilance study of 27,467 patients taking Rivaroxaban. *Clin. Cardiol.* 2015; 38(2): 63–8. 4. Xarelto® (rivaroxaban). Summary of Product Characteristics as approved by the European Commission 5. Calculation based on IMS Health MIDAS, Database: Monthly Sales June 2015. 6. IMS Health MIDAS, Database: Monthly Sales June 2015.

L.RU.MKT.GM.12.2015.0774